

REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA

Publicación Oficial de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

SCAMFYC
Dionisio Guardiola, 16, 4º D
02001 Albacete
Telf. y Fax 967 50 79 11
Correo electrónico:
info@scamfyc.org

ISSN: 1699 – 695 X
Dep. Legal: AB-292-2005

Publicación
cuatrimestral con
tres números al año.

Correspondencia:
Dionisio Guardiola, 16, 4º D
02001 Albacete
Telf. y Fax 967 50 79 11
Correo electrónico:
info@scamfyc.org

© Copyright 2005 Sociedad
Castellano-Manchega de
Medicina de Familia
y Comunitaria.

Pedro Abizanda Soler
José M^a Alonso Gordo
Julio Ancochea Bermúdez
Jesús Buendía Bermejo
Julio Carbayo Herencia
José Conde Olasagasti
David de Diego Sierra
Carmen Fernández Casalderrey
Jesús Galiana Gómez del Pulgar
Francisco Giner Zaragoza
Concepción Lázaro Bermejo
M^a Ángeles Lloret Callejo
José Martínez Pérez
Antonio Medina Alarcón
José Manuel Morales Cano
María José Nadal Blanco
Ramón Perales Pardo
Javier Rodríguez Alcalá
Gustavo Rodríguez Roca
M^a Lourdes Sáez Méndez
Ignacio Sánchez Fernández
José Saura Llamas
Juan Téllez Lapeira

Editor:
Jesús D. López-Torres Hidalgo

Editor Asociado:
José M^a del Campo del Campo

Secretaria de Redacción:
Clotilde Boix Gras

Comité editorial:
Francisco López de Castro
Vicente Martínez Vizcaíno
Francisco Escobar Rabadán
Juan Manuel Téllez Lapeira
Belén Martín Agueda
José Luis del Burgo Fernández
Antonio Alberto León Martín

Consejo Asesor:

Miguel Aguirre Sánchez-Covisa
Javier Alonso Moreno
Mariano Arévalo González
Carmen Cabezas Peña
M^a José Castillo Ros
Diego Contreras Sánchez
Juan Antonio División Garrote
Clotilde Fernández Olano
José Gallego Fernández-Pacheco
Javier Gómez Colomer
Jorge Lema Bartolomé
José Ramón Loayssa Lara
Javier Masó Orozco
Mercedes Méndez Llatas
Antonio Moya Bernal
Juan Fermín Ordoño Domínguez
José Ignacio Peregrín González
José Luis Rodríguez Martín
Manuel Rodríguez Zapata
Fernando Salcedo Aguilar
Mairena Sánchez López
Antonio Segura Fragoso
Jesús Tornero Molina

Gema Alejandre Lázaro
Aurelio Álvarez Prado
Tomás Artaza Varasa
Alfredo Cabrejas Sánchez
José Manuel Comas Samper
Rafael Cuenca Boy
Eduardo Escario Travesedo
Olga Fernández Rodríguez
Joan Gené Badia
Juan Carlos González Brasero
Máxima Lizán García
M^a Ángeles López Verdejo
Antonio Mateos Ramos
Julio Montoya Fernández
Rafael Muñoz Sánchez-Villacañas
Ramón Orueta Sánchez
Alicia Pérez-Hervada Payá
Luis Rodríguez Padial
Adoración Romero Sáiz,
Antonio Salinas Sánchez
José Luis Santos Gómez
Montserrat Solera Martínez
Antonio Yuxta Izquierdo

Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria

Presidente:
Alejandro Villena Ferrer

Vicepresidentes:
José M^a del Campo del Campo
Enrique González Hidalgo
Natalia Vallés Fernández
Fernando Salcedo Aguilar
Dolores Retuerta García

Secretaria:
Nazaret Maldonado del Arco

Tesorero:
Ignacio Párraga Martínez

Vocales:
Encarnación Cuesta Vizcaíno
José Luis Fortés Álvarez
Teresa Butrón Gómez
Gemma Alejandré Lázaro
Jesús Buendía Bermejo
Belén Martín Agueda
Adoración Romero Sáiz
Javier Rodríguez Alcalá
Antonio Alberto León Martín

REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA

ISSN: 1699 - 695 X

Rev Clin Med Fam. Vol. 2. Núm. 1 - 1 de Junio 2007

SUMARIO

Editorial

- 1 Entonces de la Investigación, ni hablamos
F. Salcedo

Originales

- 5 Cumplimiento Terapéutico y Calidad de Vida en pacientes crónicos
G. Cid, R.M. Gómez-Calcerrada, F.J. Alonso, A. Hidalgo, J.M. Comas, R. Orueta, G.C. Rodríguez,
J.M. López, M.J. Lougedo, M.J. Antón, E. Gozalo
- 11 Impacto de las Comunicaciones a Congresos Nacionales de Atención Primaria
S. Delgado, A.J. Cuellar, F.J. Alonso, J.G. García, J.L. Rodríguez
- 15 Importancia de la Estimulación Intrauterina en las charlas de Atención Primaria
M.A. Castaño, I. Carmona, S. Pomedá, B. Ruiz, M. Molina
- 20 Factores de riesgo de Caídas en ancianos
M. García-Reyes, A. Villena, J.M. del Campo, J. López-Torres, N. Maldonado, I. Párraga

Artículo Especial

- 25 Atención al Paciente Cocainómano
M.L. Celorrio

Revisión de Guías Clínicas

- 32 Litiasis Renal
C. Boix, J. López-Torres, L. Álvarez, M.C. Vázquez, E. Romero, M.D. Jiménez, J.L. López

Un paciente con...

- 39 Urticaria Pigmentosa
I. Cuartero, M.C. Escudero, B. Alfaro, E. Balmaceda.
- 41 Hipopotasemia
Y.C. Martínez, F.J. López, A. López
- 43 Síndrome de CREST en Atención Primaria
L. Barahona, A. Oria, A. Juez
- 45 Fiebre sin foco como presentación de Neumonía por Legionella
A.M. Roldán, Y. García
- 47 Hipoglucemia en Urgencias
A. Martín, S. Gómez, A. Albal, R. Roldán, C. Santos

REVISTA CLÍNICA DE MEDICINA DE FAMILIA

ISSN: 1699 - 695 X

Rev Clin Med Fam. Vol. 2. Núm. 1 - 1 de junio 2007

CONTENTS

Editorial

- 1 Then, about the research, we don't speak
F. Salcedo

Original articles

- 5 Therapeutic Compliance and Quality of Life in chronic patients
G. Cid, R.M. Gómez-Calcerrada, F.J. Alonso, A. Hidalgo, J.M. Comas, R. Orueta, G.C. Rodríguez,
J.M. López, M.J. Lougedo, M.J. Antón, E. Gozalo
- 11 Impact of Communications to National Primary Care Congresses
S. Delgado, A.J. Cuellar, F.J. Alonso, J.G. García, J.L. Rodríguez
- 15 Importance of prenatal stimulation in Primary Care talks
M.A. Castaño, I. Carmona, S. Pomedá, B. Ruiz, M. Molina
- 20 Risk factors for falls in the elderly
M. García-Reyes, A. Villena, J.M. del Campo, J. López-Torres, N. Maldonado, I. Párraga

Special article

- 25 Healthcare of cocaine-dependent patients
M.L. Celorrio

Practice Guideline Reviews

- 32 Nephrolithiasis
C. Boix, J. López-Torres, L. Álvarez, M.C. Vázquez, E. Romero, M.D. Jiménez, J.L. López

A patient with...

- 39 Urticaria Pigmentosa
I. Cuartero, M.C. Escudero, B. Alfaro, E. Balmaceda.
- 41 Hypokalemia
Y.C. Martínez, F.J. López, A. López
- 43 CREST Syndrome in Primary Care
L. Barahona, A. Oria, A. Juez
- 45 Fever of unknown origin as the onset of Pneumonia caused by Legionella
A.M. Roldan, Y. Garcia
- 47 Hypoglycaemia in the ER
A. Martín, S. Gómez, A. Albal, R. Roldán, C. Santos

Entonces de la Investigación, ni hablamos

¿Cómo está la Atención Primaria (AP)?, regular. Entonces, de la investigación ni hablamos. Este diálogo podría ser asumido por dos médicos de familia de cualquier punto del país, si bien con alguna diferencia según la comunidad autónoma de que se trate, como luego veremos.

Efectivamente, no es fácil hablar de investigación en AP en los tiempos que corren. Trascurrido más de un cuarto de siglo desde la reforma de la AP y la creación de la especialidad de Medicina de Familia en nuestro país, la historia de la investigación es parecida a la de la propia AP. Tras un período de desarrollo rápido, en la actualidad vivimos una fase de estancamiento¹, que persiste desde hace más de 10 años. Si realmente consideramos que la investigación forma parte de la actividad del Médico de Familia, no podemos separarla de la realidad asistencial en la que muchos médicos están inmersos, sobre todo en las poblaciones más grandes.

Cabe preguntarse si todos los médicos de familia pueden investigar. Probablemente no. Al igual que no todos hacen cirugía menor o llevan el programa de la mujer, tampoco es exigible que investigue aquél que no tiene las condiciones necesarias para ello. Como en otras muchas facetas de nuestra profesión, sabemos que hay un grupo de médicos inasequibles al desaliento y que investigarán siempre, sean cuales fueren las condiciones del entorno, y otros que no lo harán ni en las mejores circunstancias. Pero debemos intentar mejorar el escenario para que esa mayoría de médicos situados en el centro de la campana de Gauss se lance a una tarea, que todavía es vista como ajena por la mayoría de los médicos de familia.

Aunque esta última afirmación pudiera parecer algo pesimista, plantearé la cuestión desde otra perspectiva ¿Es necesario investigar para ser un médico excelente? La respuesta a esta pregunta nos dará idea de la importancia que nuestro interlocutor otorga a la investigación. Mucho me temo que no pocos de nuestros médicos responderán negativamente: “Yo me debo a mis pacientes, y lo que tengo que hacer, antes

que nada, es atenderlos adecuadamente”. Obviamente, eso es cierto, pero la cuestión es si el médico que investiga atiende mejor a sus pacientes, y parece que hay evidencia que así lo acredita². En ese sentido, es necesario que asumamos e interioricemos plenamente una frase que gusta repetir a Joan Rodés: “Sin investigación de calidad no hay asistencia de calidad y viceversa”.

LA REALIDAD

Si bien la actividad investigadora ha aumentado mucho desde los años ochenta, no es menos cierto que, dada la situación de partida, la situación sigue siendo precaria tanto en cantidad como en calidad y relevancia de lo producido. La cuota de proyectos financiados por agencias externas no supera el 5%, tanto en financiación como en número de proyectos³. Sin embargo, la situación de las distintas comunidades autónomas no es la misma. Cataluña, Madrid, País Vasco y Baleares, que cuentan con estructuras de investigación en AP muy consolidadas, han venido acaparando entre el 60 y 75% de los recursos que el FIS ha dedicado a este nivel de atención.

En cuanto a la calidad, persisten en gran medida los males de siempre: estudios aislados con ausencia casi absoluta de líneas de investigación, bajo nivel metodológico, con muestras pequeñas y no aleatorias, trabajos mayoritariamente descriptivos⁴, con poco impacto bibliométrico y, lo que es peor, menos relevancia para la práctica clínica.

Las distintas convocatorias de redes de investigación del FIS han permitido la aprobación de una red específica de AP (redIAPP: “Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en AP”) y la participación en varias redes. Esto ha supuesto un cambio cualitativo; pero es necesario que sepamos responder a la apuesta del FIS con publicaciones de impacto bibliométrico y relevancia clínica o epidemiológica, que son las que en definitiva van a asegurar la supervivencia de las estructuras creadas.

En el ámbito internacional, estamos también en el furgón de cola. Otros países (Canadá, Reino Unido, Alemania, Países Bajos) que han apostado por la investigación en AP, dedicando en algunos casos presupuestos específicos⁵, están en una posición destacada. No obstante, en investigación el dinero no lo es todo. De hecho, en España a la falta de tradición investigadora se une un hecho muy relevante; la ausencia casi total de la Medicina de Familia en la Universidad. Aunque en los últimos años hay más profesores universitarios de la especialidad, y buena muestra de ello es la Facultad de Albacete, la inexistencia de departamentos de Medicina de Familia es un pesado lastre, específico de nuestro país⁶, que debemos soltar cuanto antes.

En resumen, si otros países, y dentro del nuestro algunas comunidades autónomas, ocupan un lugar destacado en investigación, quiere decir que el reto, aunque difícil, es posible.

LAS CAUSAS

Al igual que la realidad de nuestros pacientes es multicausal, los motivos de la situación de la investigación en AP también son múltiples. En la tabla 1, se esboza un análisis DAFO de la situación de la investigación en AP en nuestro país.

Aunque el resultado final es el mismo, la sensación es que los por qué no se investiga son distintos según el medio. En el ámbito urbano, donde se podría investigar porque hay mayor apoyo e infraestructura, parece que no hay tiempo. En el medio rural, donde hay más tiempo, no hay recursos, motivación o cultura investigadora. En cualquier caso, hay que resaltar que hay profesionales que investigan en ambos medios, bien es verdad que con mucho esfuerzo personal, grandes dosis de voluntarismo y detrayendo tiempo fuera del horario laboral. Y aquí topamos con la palabra clave: "horario laboral". Seguro que hay que dejar espacios dentro de la jornada habitual para las actividades no puramente asistenciales del médico de familia, entre las que se encuentra la investigación, pero no debemos engañarnos: no conozco a ningún investigador que no le dedique algunas o muchas horas de su tiempo a esta labor.

LAS SOLUCIONES

Seguro que para resolver un problema tan complejo

no existe una varita mágica, pero sí se pueden utilizar algunas recomendaciones que han sido ampliamente demandadas desde el colectivo de AP. Dentro de estas acciones que habría que llevar a cabo para intentar corregir la situación actual, hay que diferenciar el nivel macro del micro.

En cuanto a los recursos que el país va dedicar a investigación en los próximos años, parece que las cosas van a cambiar radicalmente, de hecho ya lo están haciendo. A nivel nacional, entre los objetivos del programa Ingenio 2010 está aumentar la inversión en I+D desde el 1,07 del PIB en el año 2004 al 2% en 2010. La inversión del VII Programa Marco 2007-2013 de la Unión Europea va a incrementar en un 50% los fondos del VI, lo que supone una dotación de 50.000 millones de euros. Sin lugar a dudas, estas son buenas noticias, pero como dijimos antes no es sólo dinero lo que falta.

Los recursos para la financiación de proyectos vienen aumentando desde hace años y me atrevería a decir que en las últimas convocatorias ningún proyecto de calidad ha dejado de financiarse. Es necesario emplear parte de los recursos en crear, y mantener en aquellos sitios donde ya existen, estructuras estables de investigación con personal a tiempo completo y dedicación exclusiva a la investigación. Los sistemas de salud autonómicos deben convencerse de que aumentar el capítulo I en personal investigador es rentable a medio y largo plazo. Es necesario contar con personal especializado que se dedique, no sólo a tareas de asesoramiento metodológico de iniciativas surgidas de los profesionales, sino también a labores de promoción de la investigación, estableciendo líneas estables de investigación y vinculando a ellas a profesionales de distintos centros de salud. Pero este personal debe estar dentro del sistema sanitario y muy cerca de los profesionales asistenciales. Su ubicación ideal, dentro de las gerencias de AP, debe ser muy próxima, si no dentro, de las unidades docentes, que actualmente canalizan gran parte de la investigación en AP. Estas iniciativas darán sus frutos irremediablemente, pero desde luego no a corto plazo. En un problema tan complejo como éste, y por la propia dinámica de la investigación, los resultados tangibles en forma de publicaciones no se deben esperar antes de cinco años.

A nivel autonómico, la creación de fundaciones o institutos de investigación estrechamente vinculados

Debilidades

Relacionadas con la practica asistencial

- Presión asistencial
- Escasez de tiempo
- Dispersión geográfica

Relacionadas con los profesionales

- Falta de formación en metodología de investigación
- Escasez de doctores
- Falta de tradición o cultura investigadora
- Falta de motivación
- Escasa estabilidad laboral

Relacionadas con el tipo de investigación

- Ausencia de líneas de investigación a largo plazo
- Estudios descriptivos
- Metodología deficiente
- Investigaciones puntuales y preguntas poco relevantes clínica y/o epidemiológicamente
- Investigaciones no publicadas
- Escasas publicaciones, la mayoría en revistas nacionales y de poco impacto
- Separación de la investigación de la asistencia
- Escasa participación en la financiación de agencias externas

Relacionadas con la administración sanitaria

- Déficit de apoyo metodológico
- Déficit de infraestructuras de investigación
- Dificultades en la gestión de los proyectos
- Escaso reconocimiento (carrera profesional, baremos, etc.)
- Descoordinación entre categorías profesionales y ámbitos de atención
- Escasa presencia de médicos de familia en los comités de evaluación
- Legislación compleja (RD de ensayos clínicos, ley de protección de datos)

Fortalezas

Relacionadas con la practica asistencial

- Accesibilidad a la población
- Longitudinalidad y continuidad de la atención
- Atención a enfermedades prevalentes
- Atención a población sana o en estadios precoces de enfermedad
- Abordaje biopsicosocial

Relacionadas con los profesionales

- Inquietud, curiosidad

Relacionadas con el tipo de investigación

- Muchas preguntas por responder
- Posibilidad de investigación de resultados en salud
- Posibilidad de investigar efectividad y eficiencia
- Investigación en red (RedIAPP)

Relacionadas con la administración sanitaria

- Intención de mejorar e incentivar la investigación
- Informatización de la historia clínica

Amenazas

- Competencia creciente por la financiación
- Seudo-investigación de la industria farmacéutica

Oportunidades

- Demanda social de eficiencia
- Tecnologías de la información
- Investigación en red (CIBER, RETICS)
- Institutos de investigación sanitaria
- VII Programa Marco de la Unión Europea 2007-2013
- Programa Ingenio 2010
- Colaboración con la industria en ensayos clínicos (en todas las fases del proceso)

Tabla 1. Debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de la investigación en AP.

a la institución sanitaria y específicos de AP podría promover el desarrollo y consolidación de grupos de investigación y ayudar a la gestión de proyectos multicéntricos con la colaboración entre diferentes niveles y disciplinas.

A las agencias financiadoras habría que exigirles un aumento de los fondos destinados a financiación de proyectos y formación de personal investigador, dedicar fondos específicos a la AP y que existan comisiones de evaluación de AP integradas por profesionales de este ámbito. No se trata de pedir un trato de favor en la evaluación de proyectos, sino terminar con la discriminación negativa a la que se ha visto sometida la AP en este campo. Bien es verdad que en los últimos años se están priorizando de manera específica los proyectos de AP en el FIS, pero parece que esto sigue sin ser suficiente.

Los administradores sanitarios deben poner la investigación como una de sus prioridades y no relegarla a unas cuantas líneas al final de los contratos de gestión. La incentivación económica y profesional de los centros y profesionales que investiguen debe ser una prioridad. Desgraciadamente, el modelo de carrera profesional que se ha aprobado en casi todas las comunidades autónomas, y la nuestra no es una excepción, lejos de promover que los profesionales investiguen, actúa casi como un factor desmotivador. Del mismo modo, en los baremos para las oposiciones se debería dar mucho más peso a la investigación del que ahora tiene. En cualquier caso, la investigación en AP pasa porque los profesionales tengan tiempo para otras cosas que no sean asistencia. Aunque esto sueña a utopía, a los profesionales que tengan cierto perfil investigador se les debe permitir que compatibilicen la investigación con la asistencia, liberándoles de alguna carga asistencial.

El papel de las unidades docentes de Medicina de Familia debe ser decisivo en este salto cualitativo. Por un lado, deben ser el nicho natural donde se ubiquen esos profesionales de la investigación que tanto venimos reclamando. Por otro, deben ser las encargadas de proveer la formación en metodología de investigación a dos niveles: uno más básico dirigido a todos los profesionales para fomentar la cultura investigadora y el espíritu crítico y otro, más avanzado, para aquellas personas que se dediquen a tiempo completo a la labor investigadora.

Por último, los profesionales no estamos exentos de culpa. Debemos convencernos de que la investigación forma parte de nuestro trabajo. Algunas de las dificultades que hemos venido exponiendo a lo largo de estas líneas están muy presentes en muchos médicos de familia, pero otros las utilizan como excusas para no investigar. Si queremos prestigiar la investigación en AP, debemos ser los primeros en creérmolo y esforzarnos en ser merecedores de ese crédito.

Parece ya pasado el tiempo de preguntarnos si es necesario investigar en AP. Son evidentes las ventajas que tiene para los profesionales, el sistema sanitario y sobre todo para los pacientes^{7,8}. Es el momento de implementar medidas concretas a nivel local y general, que pongan la investigación en AP en el lugar que, por la importancia de la propia AP, se merece. Sólo así dejará de ser una causa perdida⁹. Los profesionales, los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto lo agradecerán.

Fernando Salcedo Aguilar
Coordinador UD MFyC de Cuenca

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez J. La investigación en atención primaria lejos de su despegue. *Rev Esp Ecom Salud*. 2003; 2:142-4.
2. Lázaro P, Pozo F, Ricoy JR. Una estrategia de investigación en el Servicio Nacional de Salud. *Investigación en Servicios de Salud*. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104(2):67-76.
3. Camí J, Suñén-Piñol E, Méndez-Vásquez R. Mapa bibliométrico de España 1994-2002: biomedicina y ciencias de la salud. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:93-101.
4. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Medina Chozas ME, Rubio Hidalgo E, Alejandro Lázaro G. Investigación en atención primaria: 1994-2003. *Aten Primaria*. 2005; 36(8):415-23.
5. Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. *BMJ*. 2001; 322:588-90.
6. Van der Zee J, Krineman M, Bolívar B. Conditions for research in general practice. Can Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain? *Eur J Gen Pract*. 2003; 9:41-7.
7. De Maeseneer JM, Van Driel M, Green LA, Van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet*. 2003; 362:1314-9.
8. Fernández I. Investigación en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:57-60.
9. Is primary-care research a lost cause? [Editorial] *Lancet*. 2003; 361:977.

Cumplimiento Terapéutico y Calidad de Vida en pacientes crónicos

Gema Cid Calo^a, Rosa María Gómez-Calcerrada Jiménez^b, Francisco Javier Alonso Moreno^b, Álvaro Hidalgo Vega^c, José Manuel Comas Samper^d, Ramón Orueta Sánchez^b, Gustavo Cristóbal Rodríguez Roca^d, José Manuel López Abuín^e, María José Lougedo Calderón^a, María Jesús Antón Calvo^a, Eduardo Gozalo Yuste^a

^a Centro de Salud de Ocaña (Toledo).

^b Centro de Salud de Sillería (Toledo).

^c Universidad de Castilla-La Mancha.

^d Centro de Salud de La Puebla de Montalbán (Toledo).

^e Centro de Salud F. Tapia (La Coruña).

Correspondencia:
Francisco Javier Alonso Moreno, C/ Agén, 2, 4º B, 45005 – Toledo. E-mail: falansom@sescam.jccm.es.

Recibido el 8 de mayo de 2007.

Aceptado para su publicación el 30 de mayo de 2007.

RESUMEN

Objetivo. Conocer el cumplimiento terapéutico y percepción de salud en dos Centros de Salud, en los que se utilizó un documento normalizado de tratamiento.

Diseño. Ensayo clínico.

Emplazamiento. Zonas de Salud de Sillería y Ocaña (Toledo).

Participantes. Pacientes, de edad ≥ 18 años, en cartera de servicios que siguen tratamiento para la hipertensión, dislipemia y Diabetes Mellitus. Se realizó un muestreo aleatorio simple de los listados de estos pacientes.

Mediciones principales. En los dos grupos se entregó un documento sobre medidas higiénico-dietéticas y consejos de cumplimentación farmacológica. En el grupo de intervención además del documento anterior se entregó una hoja de tratamientos crónicos. Se realizaron cuatro visitas bimensuales en un periodo de seguimiento de ocho meses. Para el estudio del cumplimiento terapéutico se utilizó el recuento de comprimidos. En la primera y última visita se pasó la versión española del EuroQol-5D.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 309 pacientes con una edad media de $69,2 \pm 10,7$ años (55,3% eran mujeres). Un total de 156 pacientes fueron aleatorizados al grupo de intervención y 153 al grupo control.

En la última visita 173 pacientes cumplieron adecuadamente el tratamiento (63,1%; IC 95%: 57,4 - 68,8), frente a 152 en la visita basal del estudio (55,5%; IC 95%: 49,6 - 61,4), Chi-cuadrado = 96,7 y $p < 0,0001$.

Al analizar el número de pacientes cumplidores por grupo de estudio, en la visita final, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Los grupos del estudio no mostraron diferencias en la percepción de su propia salud.

Conclusiones. El documento normalizado de tratamiento no aportó una mejora en el cumplimiento terapéutico del grupo de intervención. La intervención realizada en ambos grupos y el seguimiento mejoró el cumplimiento terapéutico en ambos grupos.

Palabras clave. Cumplimiento terapéutico, calidad de vida, pacientes crónicos

ABSTRACT

Therapeutic Compliance and Quality of Life in chronic patients.

Objective. To determine treatment compliance and health perception at two Primary Health Centres, in which a standardized treatment protocol was used.

Design. Clinical trial.

Setting. Primary Health Centres at Sillería and Ocaña (Toledo).

Subjects. Patients aged ≥ 18 years, in the portfolio services being treated for hypertension, dyslipidaemia and diabetes. A simple random sampling from the lists of these patients was made.

Main measurement. Patients in both groups were given a sheet setting out health-dietary measures and advice on treatment compliance. The intervention group were also given a sheet of chronic treatments. There were four two-monthly visits over a follow-up period of eight months. Pill count was used to determine treatment compliance. At the first and last visit the Spanish version of the EuroQol-5D was performed.

Results. A total of 309 patients with an average age of 69.2 ± 10.7 years were included in the study (55.3% were women). Of these patients, 156 patients were randomised to the intervention group and 153 to the control group. At the final visit, 173 patients had good treatment compliance (63.1%; CI 95%, 57.4 - 68.8), as opposed to 152 at the baseline visit (55.5%; CI 95%, 49.6 - 61.4), Chi-square = 96.7 and $p < 0,0001$. At the final visit, no significant differences were found between the two groups as regards treatment compliance. There were no differences in health perception between the two study groups.

Conclusions. The standardized treatment document did not contribute to an improvement in treatment compliance in the intervention group. Intervention and follow-up improved treatment compliance in both groups.

Key words. Therapeutic compliance, quality of life, chronic patients.

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación y ha sido subvencionado tras la firma de un convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y la SEMERGEN-Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria para la mejora de la prescripción farmacéutica.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del incumplimiento terapéutico en la HTA, según diferentes estudios, oscila entre el 7,1 y el 66,2%¹⁻². La medición del cumplimiento no es fácil, ni es exacta. Los métodos de medida del incumplimiento pueden ser directos e indirectos³.

Las causas habitualmente conocidas más frecuentes de incumplimiento son los olvidos en las tomas de medicación, el desconocimiento de porqué debe tomarla, el miedo a presentar efectos secundarios o la aparición de ellos. Sin embargo, son conocidas numerosas causas de incumplimiento, basadas en un razonamiento lógico por parte del paciente, que ocasionan el incumplimiento de este, como pueden ser la prescripción de tomar la medicación en un horario que dificulta su administración al coincidir con otras actividades de su vida habitual, el abandono por mejoría clínica aparente, el abandono parcial por múltiples dosis de medicación, no tomar la medicación durante un viaje, la creencia de que no es necesario tomarla, el presentar, según su parecer, la tensión baja, no estar de acuerdo con el diagnóstico, el alto precio del medicamento o el no poder asistir a consulta para recoger las recetas del medicamento⁴⁻⁶.

Haynes⁷ define el cumplimiento como “el grado en el cual la conducta de una persona (en términos de tomar una medicación, seguir dietas o efectuar cambios en el estilo de vida) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias”. Según Márquez y el Grupo de Trabajo en Cumplimiento Terapéutico¹, perteneciente a la Sociedad Española de Hipertensión, se debe entender cumplimiento como “la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el médico o personal sanitario, tanto desde el punto de vista de hábitos o estilo de vida recomendados, como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose con él el grado de coincidencia entre las orientaciones dadas por el profesional y la realización por parte del paciente, realizadas éstas tras una decisión completamente razonada por éste, abandonándose las connotaciones de sumisión que este término implicaba para el paciente”.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población⁸.

El objetivo de este estudio fue conocer el cumplimiento terapéutico y percepción de salud en dos Centros, urbano y rural, en los que se utilizó un documento normalizado de tratamiento.

METODOLOGÍA

Se trata de un ensayo clínico realizado en las Zonas de Salud de Sillería y Ocaña (Toledo). La primera urbana y la segunda rural. Como participantes, se incluyó en el estudio a pacientes, de edad ≥ 18 años, en

cartera de servicios que seguían tratamiento para la hipertensión, dislipemia y Diabetes Mellitus. Fue realizado un muestreo aleatorio simple de los listados de hipertensos, diabéticos y dislipémicos. Aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 en un contraste unilateral, serían necesarios 159 sujetos en el primer grupo y 159 en el segundo para detectar una diferencia igual o superior a 5 unidades. Se asumió que la desviación estándar común es de 17€. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%. El cálculo del tamaño muestral se realizó sobre la variable gasto farmacéutico por ser este estudio parte de un proyecto más amplio de investigación que estudia la eficiencia en el tratamiento de pacientes crónicos.

Fueron seleccionados 160 pacientes del medio rural y 149 del medio urbano. La mitad de ellos fueron aleatorizados al grupo de intervención y la otra mitad al grupo control.

Los criterios de inclusión fueron: usuarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) que recibían tratamiento por patologías crónicas (hipertensos, dislipémicos, diabéticos) y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: no aceptación en la participación en el estudio, pacientes ingresados durante el periodo de estudio y enfermedad aguda u otras causas que impidieron la participación.

Respecto a las intervenciones, en los dos grupos se entregó un documento sobre medidas higiénico-dietéticas y consejos de cumplimentación farmacológica. En el grupo de intervención, además del documento anterior, se entregó a los pacientes una hoja de tratamientos crónicos (figura 1). Se realizaron cuatro visitas bimensuales en un periodo de seguimiento de ocho meses. Para el estudio del cumplimiento terapéutico se utilizó el recuento de comprimidos. El método indirecto basado en el recuento de comprimidos³ es el método reconocido de certeza por todos los autores y está validado. Este método es sencillo y objetivo. Compara el número de comprimidos que quedan en el envase, teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento. Se consideró cumplidor² al paciente que cuyo porcentaje de cumplimiento en el global de su tratamiento estaba entre el 80 y el 110%.

En la primera y última visita se pasó la versión española del EuroQol-5D9. A todos los pacientes se les informó previamente del estudio y fue solicitada la firma del consentimiento informado. El esquema general del estudio se presenta en la figura 2.

En cuanto al análisis estadístico, las variables cualitativas se presentan en porcentaje, con intervalos de confianza del 95%, y fueron analizadas mediante el test de Chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se presentan con medidas de centralización y dispersión, y para su análisis se utilizó la prueba T de Student y el análisis de la varianza.

Formulario de tratamientos crónicos. Incluye campos para: Nº SEGURIDAD SOCIAL, SEXO, FECHA NACIMIENTO, FECHA, ALERGIAS, MEDICAMENTO (DESAYUNO, COMIDA, MERIENDA, CENA), OBSERVACIONES, FECHA PRÓXIMA VISITA, y datos de contacto (MÉDICO, ENFERMERA, CENTRO DE SALUD, TFNO. C. SALUD). También incluye el logo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el título 'HOJA de MEDICACIÓN'.

Figura 1. Hoja de tratamientos crónicos.

Grupo	Ocaña	Sillería	Total
Intervención	81	75	156
Control	79	74	153
Total	160	149	309

Tabla 1. Pacientes incluidos por centro y grupo de estudio.

Criterio	Sillería	Ocaña
HTA	35	50
DM	5	4
Dislipemia	16	13
HTA y DM	16	21
HTA y Dislipemia	30	56
HTA, DM y Dislipemia	33	21
DM y Dislipemia	8	1
Total	149	160

Tabla 2. Criterios de inclusión en el estudio. HTA: hipertensión arterial, DM: diabetes mellitas.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 309 pacientes con una edad media de 69,2 ± 10,7 años. El 55,3% eran mujeres. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad de los pacientes de ambos grupos. En la tabla 1 se muestra la distribución de los pacientes según la zona de salud. Un total de 156 pacientes fueron aleatorizados al grupo de intervención y 153 al grupo control. Fueron excluidos 10 pacientes. De ellos, 4 por fallecimiento, 3 por ingreso hospitalario, 2 por no acudir a las visitas y 1 por traslado.

En Ocaña, centro rural, la mayoría de los pacientes habían alcanzado estudios primarios, mientras que en Sillería, centro urbano, los pacientes declararon un mayor nivel de formación. Los hombres, independientemente del centro de salud, manifestaron tener un mayor nivel de estudios. No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de convivencia, vivir solo o con más personas en el domicilio, y el Centro de Salud urbano o rural. Los criterios de inclusión en el estudio se muestran en la tabla 2. Se encontraron diferencias significativas en las dos zonas de Salud (Chi Cuadrado = 13,8; p = 0,032), al analizar el motivo de inclusión de los pacientes.

El porcentaje de cumplimiento terapéutico, según grupo de estudio y visita, se presenta en la tabla 3. No se alcanzaron diferencias significativas. El porcentaje de pacientes buenos cumplidores aumentó significativamente en la visita final del estudio. En esta visita 173 pacientes (63,1%; IC 95%: 57,4 - 68,8) cumplieron adecuadamente el tratamiento, frente a 152 (55,5%; IC 95%: 49,6 - 61,4) en la visita basal (Chi-cuadrado = 96,7 y p < 0,0001). Al analizar el número de pacientes cumplidores por grupo de estudio, control e interven-

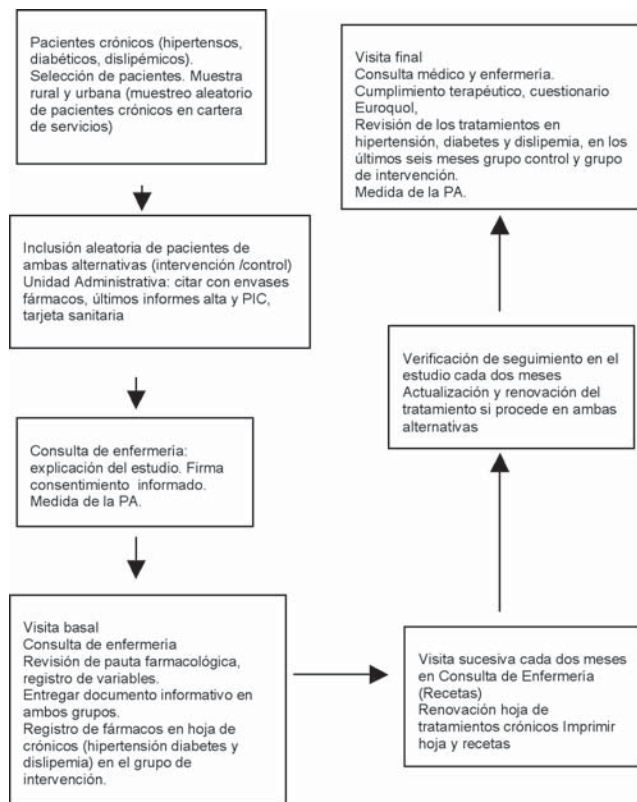


Figura 2. Esquema general del estudio.

Zona de Salud	Grupo	Basal: % N	Visita final: % N	Significación
Rural	Control	81,1 (79)	83,8 (77)	NS
	Intervención	80,0 (81)	82,0 (81)	
Urbana	Control	82,2 (72)	88,6 (59)	NS
	Intervención	85,5 (73)	87,8 (59)	

Tabla 3. Porcentaje de cumplimiento terapéutico por grupo de estudio y visita. Ds: desviación estándar, N: número de pacientes, NS: no significativo.

Variable	Intervención	Control	Significación
PASm basal en mmHg	146,3 ± 18,9	150,3 ± 18,3	NS
PADm basal en mmHg	82,2 ± 29,8	79,8 ± 10,5	NS
PASm visita final en mmHg	143 ± 19	145,8 ± 18,2	NS
PADm visita final en mmHg	80,8 ± 11	74,8 ± 9,8	0,002
Perímetro abdominal basal en cm.	105,6 ± 11,6	106 ± 12,9	NS
Perímetro abdominal Visita final en cm.	105 ± 11,3	107,1 ± 13,9	NS
HBA1C basal %	7 ± 1,6	6,8 ± 1,1	NS
HBA1C visita final %	6,6 ± 1,4	6,7 ± 1,2	NS
Colesterol Total Basal en mg/dl.	209 ± 39,2	207,7 ± 38,6	NS
Colesterol Total visita final en mg/dl.	200,8 ± 35,8	199 ± 33,3	NS
Termómetro EQ basal	64,3 ± 17,1	65,2 ± 17,8	NS
Termómetro EQ visita final	65,2 ± 16,5	67,1 ± 17,6	NS
Cumplimiento terapéutico basal	82,6 ± 23,6	81,6 ± 23,7	NS
Cumplimiento terapéutico visita final	84,5 ± 21,6	85,8 ± 19	NS

Tabla 4. Valores promedios de la presión arterial, perímetro abdominal, hemoglobina glicada, colesterol total, calidad de vida y cumplimiento terapéutico según grupo de estudio y visita. PASm: presión arterial sistólica media, PADm: presión arterial diastólica media, NS: no significativo, EQ: EuroQuol.

Dimensión		Sillería (N)		Ocaña (N)	
		Basal	visita final	Basal	visita final
Movilidad	1	112	88	82	86
	2	37	36	78	72
	3	0	0	0	0
Cuidado personal	1	142	107	149	148
	2	7	17	10	9
	3	0	0	1	1
Actividades cotidianas	1	130	101	144	143
	2	17	22	12	12
	3	2	1	4	3
Dolor/ Malestar	1	66	69	56	58
	2	64	48	63	61
	3	19	7	41	39
Ansiedad/ Depresión	1	109	96	98	106
	2	38	23	52	42
	3	1	4	10	10
Valoración propia salud EVA (EQ)		65,3 ± 18,3	67,6 ± 18,1	64,2 ± 16,7	65 ± 16,1

Tabla 5. Dimensiones del estado de salud y valoración en el día de la entrevista. Cuestionario Euroqol, según centros de salud y visita del estudio. 1: no problemas, 2: algunos o moderados problemas, 3: muchos problemas, EVA: escala visual analógica, EQ: EuroQuol, N: número de pacientes, p: significación, NS: no diferencias significativas.

Dimensión		Intervención	Control	P
Movilidad	1	61,8	61,6	NS
	2	38,2	38,4	
	3	0	0	
Cuidado personal	1	91	89,9	NS
	2	9	9,4	
	3	0	0,7	
Actividades cotidianas	1	87,5	85,5	NS
	2	11,1	13	
	3	1,4	1,4	
Dolor/ Malestar	1	43,1	47,1	NS
	2	39,6	37,7	
	3	17,4	15,2	
Ansiedad/ Depresión	1	70,8	73,3	NS
	2	22,9	23,2	
	3	23,2		
Valoración propia salud EVA (EQ) Media (IC 95%)		65,1 ± 16,5	67,1 ± 17,6	NS

Tabla 6. Dimensiones del estado de salud según visita del estudio. 1: no problemas, 2: algunos o moderados problemas, 3: muchos problemas, EVA: escala visual analógica, EQ: EuroQuol, N: número de pacientes, p: significación.

Dimensión		Toledo (309)	Tarragona (120)
Movilidad	1	62,8	63,3
	2	37,2	36,7
	3	0	0
Cuidado personal	1	94,2	91,7
	2	5,5	8,3
	3	0,3	0
Actividades cotidianas	1	88,7	85,8
	2	9,4	12,5
	3	1,9	1,7
Dolor/ Malestar	1	39,5	42,5
	2	41,1	49,2
	3	19,4	8,3
Ansiedad/ Depresión	1	67	62,5
	2	29,1	30,8
	3	3,6	6,7
Valoración propia salud EVA (EQ) Media (IC 95%)		64,8 ± 2	63,9 ± 2,8

Tabla 7. Dimensiones del estado de salud y valoración el día de la entrevista. Cuestionario Euroqol, en pacientes crónicos de distintos orígenes. 1: no problemas; 2: algunos o moderados problemas; 3: muchos problemas; EVA: escala visual analógica; EQ: EuroQol; N: número de pacientes; p: significación; IC: intervalo de confianza.

ción, en la visita final no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

En la tabla 4 se muestran los valores promedios de las variables clínicas más importantes del estudio. Los pacientes no presentaron diferencias significativas, en los grupos de intervención y control, para la presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), perímetro abdominal, hemoglobina glicosilada (HBA1C), colesterol total (CT), termómetro EuroQol y porcentaje de cumplimiento terapéutico. La PAS media en la visita final, promedio de tres determinaciones en todos los pacientes incluidos en el estudio, fue significativamente más baja: 148,3 ± 18,7 (basal) y 144,4 ± 18,6 mmHg (visita final); p < 0,0001. La PAD media fue inferior en la visita final del estudio, promedio de tres determinaciones en todos los pacientes incluidos en el estudio, presentando diferencias significativas: 81 ± 22,4 (basal) y 77,7 ± 10,8 mmHg (visita final); p < 0,0001. Los valores promedios de hemoglobina glicosilada (%) y colesterol total (mg/dl), en ambos casos, presentaron valores inferiores en la visita final de estudio, tanto para el grupo de intervención, como en el grupo control. La hemoglobina glicada en la visita final no alcanzó diferencias significativas en los grupos de intervención y control: 6,7 ± 1,2 y 6,6 ± 1,4%. Los valores promedios de CT, en la visita final, no alcanzaron diferencias tanto en el grupo de intervención, como en el de control: 200,8 ± 35,8 y 199 ± 33,3 mg/dl.

Los valores de las cinco dimensiones del cuestionario EuroQol 5D y la valoración propia del estado de salud, según visita y grupo de estudio, se muestran en la tabla 5. Los pacientes con nivel de estudios medios o superiores refirieron una mayor valoración de su estado de salud según la EVA (escala visual analógica), siendo además estadísticamente significativa: p=0,01; 72,6 ± 14,8 (bachillerato, COU y estudios superiores) y 65,2 ± 17,1 (sin estudios y estudios primarios). En la tabla 6 aparecen los resultados, para los dos grupos

del estudio, de la parte descriptiva del Cuestionario Euroqol 5D. No se encontraron diferencias significativas en ambos grupos en la visita final del estudio.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio el porcentaje global de pacientes que cumplieron adecuadamente el tratamiento fue del 63,1% en la visita final. Este resultado es inferior al 90% del estudio de Márquez Contreras y colaboradores¹⁰, en el que se intervenía con mensajes de alerta en el móvil de los pacientes hipertensos. No obstante, cabe reseñar que en nuestro trabajo se ha intervenido sobre pacientes crónicos, el 60% de ellos presentaba más de una patología o la combinación de tres (hipertensión, dislipemia y diabetes). Al seguir más tratamientos farmacológicos cabe pensar que el porcentaje de cumplimiento terapéutico fuera inferior⁴⁻⁶. Cuando analizamos las posibles diferencias en el cumplimiento entre pacientes crónicos con una sola patología, con un solo criterio de inclusión, frente a aquéllos que presentaban más de un criterio de inclusión, no encontramos diferencias significativas.

El porcentaje de incumplimiento global de nuestros pacientes crónicos fue del 36,9%. Si comparamos estos resultados con el estudio de Márquez¹, que recoge una serie de trabajos que utilizan recuento de comprimidos, obteniendo una media ponderada de incumplimiento del 45%, podríamos pensar que nuestros pacientes crónicos presentan un mejor cumplimiento.

Uno de los sesgos que ha podido influir en los resultados es el periodo de seguimiento de ocho meses, con visitas cada dos meses, que puede condicionar el cumplimiento de los pacientes, por sentirse más observados, en los dos grupos. En este sentido, podría plantearse la posibilidad de haber realizado el recuento de comprimidos por sorpresa en el domicilio del paciente¹⁰. Pensamos que el hecho de contar en

el estudio con cupos que parten de un porcentaje de cumplimiento por encima de la media puede también haber influido en los resultados. Si se hubieran seleccionado cupos con menor porcentaje de cumplimiento, es posible que la intervención aplicada pudiera haber dado mejores resultados.

El método seguido en este trabajo, recuento de comprimidos³, se adapta en gran parte a las directrices de la Escuela Canadiense de la Universidad de McMaster¹¹. Se recomienda un estudio aleatorizado y a doble ciego. Se propone un seguimiento de más del 80% de los pacientes, durante seis meses y con más de 50 pacientes en cada grupo.

En la tabla 7 se comparan los resultados de la percepción de su propia salud por los pacientes crónicos de Toledo frente a los de Tarragona, ambos con seguimiento en centros de atención primaria. En ambos trabajos los resultados obtenidos son similares¹². En los dos grupos del estudio había una mejor percepción de salud para los pacientes con más nivel de estudios.

Como conclusiones de este estudio cabe reseñar que el documento normalizado de tratamiento no aportó una mejora en el cumplimiento terapéutico, aunque sí se obtuvieron mejores resultados con el seguimiento programado de estos pacientes en ambos grupos. La percepción del estado de salud fue similar en los pacientes incluidos en los grupos de intervención y control. Como línea de investigación en el futuro planteamos que, más que el tipo de intervención, puede ser el tipo de seguimiento de los pacientes crónicos uno de los factores implicados en la mejora del cumplimiento terapéutico.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Luis Rodríguez Martín, Jefe de Investigación Clínica de FISCAM, por su ayuda metodológica, que ha facilitado en gran medida el desarrollo de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez E, Casado JJ, Gil V, De La Figuera M, Martell N. Prevalencia del incumplimiento terapéutico en España, entre los años 1984-2001. *Hipertensión* 2002; 19:12-6.
2. Navarro J, Bonet A, Gosalbes V. Perspectiva del cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la enfermedad crónica cardiovascular en España a partir del análisis bibliométrico y temático de su producción científica (1969-1999). *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):147-51.
3. Márquez E, Casado JJ, Márquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento. *FMC* 2001; 8:558-73.
4. Márquez E, Casado JJ, Martínez M, Moreno JP, Fernández A, Villar J et al. Análisis de la influencia del cumplimiento terapéutico farmacológico en las presiones arteriales y grado de control de la HTA, mediante monitorización ambulatoria de la PA. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):114-21.
5. Gil VF, Puras A, Suárez C, Ruilope LM, Luque M, Aristegui I et al. Influencia del incumplimiento terapéutico en los pacientes con HTA arterial esencial no controlados con monoterapia. *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):109-13.
6. Puras A, Massó J, Artigao LM, Sanchís C, Carbayo J, Divisón JA. Cumplimiento del tratamiento farmacológico y grado de control en la hipertensión: estudio epidemiológico. ¿Quién cumple menos: el paciente o el médico? *Med Clin (Barc)* 2001; 116 (Supl 2):101-4.
7. Márquez E, Casado JJ. El incumplimiento farmacológico en las enfermedades cardiovasculares. *Med Clin* 2001; 116 (Supl 2): 54-6.
8. Herdman M. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)* 2000; 114 (Supl 3): 22-5.
9. Badía X, Sxhiffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EQ-5D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998; 7:311-22.
10. Márquez E, de la Figuera M, Gil V, Ylla A, Figueras M, Balaña M, Naval J. Eficacia de una información educativa a hipertensos mediante mensajes de alerta en el teléfono móvil (HTA-ALERT). *Aten Primaria* 2004; 34:399-407.
11. Haynes RB, Wang E, Da Mota Gomes M. A critical review of interventions for improve adherence with prescriber medications. *Patient Educ Counsel* 1987; 10:155-66.
12. Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)* 1999; 112 (Supl 1):79-86.

Impacto de las Comunicaciones a Congresos Nacionales de Atención Primaria

Sonia Delgado Gallego^a, Abel J. Cuéllar de León^b, Francisco Javier Alonso Moreno^c, Juan Gabriel García Ballesteros^d, José Luis Rodríguez Martín^e

^a Servicio de Urgencias. Hospital General de Villarrobledo (Albacete).

^b UME. Motilla del Palancar. Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario del SESCAM.

^c Centro de Salud de Ocaña (Toledo).

^d Centro de Salud de Puebla de Montalbán (Toledo).

^e Área de Investigación Clínica. Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla La Mancha (FISCAM).

Correspondencia:
Sonia Delgado Gallego.
Servicio de Urgencias.
Hospital General de Villarrobledo. Carretera de "El Provencio" s/n, Villarrobledo (Albacete). E-mail: sdelgadogallego@yahoo.es

Recibido el 10 de mayo de 2007.

Aceptado para su publicación el 31 de mayo de 2007.

RESUMEN

Objetivo. Analizar cuántas comunicaciones presentadas en los congresos nacionales de Atención Primaria (CNAP) se publican en revistas indexadas.

Diseño. Estudio descriptivo retrospectivo.

Emplazamiento y mediciones principales. Fuente de datos: libros de ponencias de los CNAP celebrados en el año 2001; a través del primer autor de la comunicación se buscó en internet [Medline e Índice Médico Español (IME)] si fue publicada, nombre de la revista, idioma, año y diseño del estudio.

Resultados. Se presentaron 528 comunicaciones (46,6% orales). Encontramos indexadas en Medline 33 (6,3%) (31 en el congreso de SemFYC y 2 en el congreso de SEMERGEN; $p = 0,0001$) y en el IME 57 artículos indexados (10,8%). Las revistas que recogen un mayor número de comunicaciones publicadas son Atención Primaria y Semergen; en revistas de lengua inglesa se publicaron 3 artículos. Los estudios descriptivos fueron el diseño más frecuente.

Conclusiones. En los CNAP se presentan muchas comunicaciones, aunque se publican pocas, fundamentalmente en las revistas de las Sociedades de Atención Primaria que organizan los congresos.

Palabras clave. Publicaciones, Congresos, Resumen, Atención Primaria.

ABSTRACT

Impact of Communications to National Primary Care Congresses

Objective. To determine how many poster and free oral communications accepted by Spanish national primary care congresses are finally published in peer review journals as full text articles.

Methods. This is a retrospective, descriptive study. We used the abstract books of the Spanish national primary care congresses held in 2001. We selected the free oral and poster communications and using the name of the first author we searched on the Internet (PubMed and the Spanish Medical Index –IME–) for full text publications of these abstracts. We recorded the study design, journal name, language and year of publication of all articles found.

Results. A total of 528 of these types of communications (46.6% oral) were accepted by Spanish national primary care congresses in 2001. We found 33 articles indexed in PubMed (6.3%), 31 were from the SemFYC congress and 2 from the SEMERGEN congress; $p=0.0001$. On the IME, we found 57 articles (10.8%). The target journals were Atención Primaria and Semergen. We found three articles in English. Descriptive design was the most frequent design in the articles.

Conclusions. Although we found numerous free oral and poster communications submitted and accepted by the Spanish national primary care congresses in 2001, it is clear that very few of these studies become full text publications in peer review journals. These being mainly Spanish language journals.

Key Words. Publications, abstract, primary care.

Este trabajo fue presentado parcialmente en el XXVIII Congreso Nacional de Semergen, celebrado en La Coruña del 4 al 7 de octubre de 2006.

INTRODUCCIÓN

Desde hace más de una década la investigación en Atención Primaria es un tema constante en los editoriales de las revistas¹⁻⁴. Ha pasado de ser anecdótica en los ochenta a, en los últimos años, experimentar un considerable aumento. Las comunicaciones a congresos se han incrementado de forma significativa, aunque en su mayoría sólo reflejan proyectos puntuales que no dan lugar a desarrollo de líneas de investigación y, frecuentemente, tampoco a publicaciones².

Actualmente, son tres las sociedades científicas de ámbito nacional las que integran a la casi totalidad de los médicos de Atención Primaria. Cada una de ellas celebra anualmente un congreso científico de carácter nacional, donde se presentan las comunicaciones científicas, orales y en póster, que se suponen líneas de investigación más actuales.

El objetivo principal del presente trabajo es conocer cuántas comunicaciones presentadas en los congresos nacionales de Atención Primaria llegan a publicarse en revistas de impacto y describir su procedencia congresual. Secundariamente, se analiza su diseño metodológico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio descriptivo retrospectivo para ser realizado a través de internet. Tomando como fuente de datos los libros de ponencias de los congresos nacionales de Atención Primaria organizados por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) y Sociedad Española de Medicina General (SEMG), celebrados en el año 2001, se seleccionan las comunicaciones presentadas.

A través del primer autor se procedió a buscar en Medline y en el Índice Médico Español (IME) si la comunicación había sido publicada, recogiendo, en caso afirmativo, el diseño del estudio, revista de publicación, factor de impacto e índice de inmediatez, idioma y año de publicación. La búsqueda en Medline y en el IME se realizó durante el mes de julio de 2005 por pares. Para el análisis estadístico (distribución de frecuencias y comparación de proporciones) se utilizó el programa SPSS v.9.

RESULTADOS

Se presentó un total de 528 comunicaciones, de las cuales el 46,6% fueron orales. Por congresos: 302 comunicaciones en el de SemFYC (41,7% de tipo oral), 124 en el de SEMERGEN (65,3% de tipo oral) y 102 en el de SEMG (38,2% de tipo oral). Encontramos indexadas en Medline como artículos 33 comunicaciones (6,3% del total), de las cuales 31 procedían del congreso de SemFYC y 2 del congreso de SEMERGEN (p = 0,0001).

En el IME encontramos 57 artículos (10,8%) (tabla 1). Al comparar el tipo de presentación de las comunicaciones en el congreso con su destino como artículo indexado en Medline, existe una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,017) entre comunicación oral (8,9%) y póster (3,9%); al comparar esta misma variable de tipo de presentación con artículo indexado en el IME, sólo se observa una tendencia no significativa (p = 0,126): comunicación oral 13% vs poster 8,9%.

De las comunicaciones publicadas, éstas lo fueron en su mayor parte en las revistas Atención Primaria, Semergen y Medicina Clínica (21, 7 y 4 comunicaciones, respectivamente) (tabla 2). Respecto al año de publicación, es en los años 2003 y 2002 cuando se publi-

		Congresos				p
		SemFYC (%)	SEMERGEN (%)	SEMG (%)	Total (%)	
Medline	Si	31 (10,3)	2 (1,6)	0	33 (6,3)	0,000
	No	271 (89,7)	122 (98,4)	102 (100)	495 (93,8)	
	Total	302	124	102	528	
IME	Si	41 (13,6)	10 (8,1)	6 (5,9)	57(10,8)	0,051
	No	261 (86,4)	114 (91,9)	96 (94,1)	471 (89,2)	
	Total	302	124	102	528	

Tabla 1. Comunicaciones de congresos de atención primaria e indexación en Medine e IME. SemFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, SEMG: Sociedad Española de Medicina General, p: significación (prueba Chi cuadrado de Pearson).

	Número de Artículos			
	SemFYC	SEMERGEN	SEMG	Total
Acta Pediátrica Española ^a		1		1
Archivos Bronconeumología ^{a,b}	1			1
Atención Primaria ^{a,b}	21			21
Blood Pressure Monitoring ^b	1			1
Boletín Sociedad Española de Hidrología Medica ^a			1	1
Centro de Salud ^a		1	1	2
Clinical Therapeutics ^b	1			1
Cuadernos de Gestión ^a	1			1
Emergencias ^a	2			2
Endocrinología y Nutrición ^a			1	1
Hipertensión ^a	1			1
Mapfre Medicina ^a	1			1
Medicina de Familia. Andalucía ^a	1	1		2
Medicina Clínica ^{a,b}	3	1		4
Medicina General ^a	1	1	1	3
Medifam ^a	3			3
Nefrología ^{a,b}	1			1
Neurology ^b	1			1
Revista Española de Enfermedades Metabolicas ^a	1			1
Revista Española Quimioterapia ^{a,b}		1		1
Revista Española Salud Publica ^{a,b}	1			1
Revista de Investigación Clínica ^b	1			1
Salud Rural ^a			2	2
Semergen ^a	3	4		7

Tabla 2. Relación de artículos publicados, por congresos de atención primaria y en total, en revistas indexadas en Medline e IME. a Indexada en IME (Índice Médico Español), b Indexada en Medline. SemFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, SEMG: Sociedad Española de Medicina General

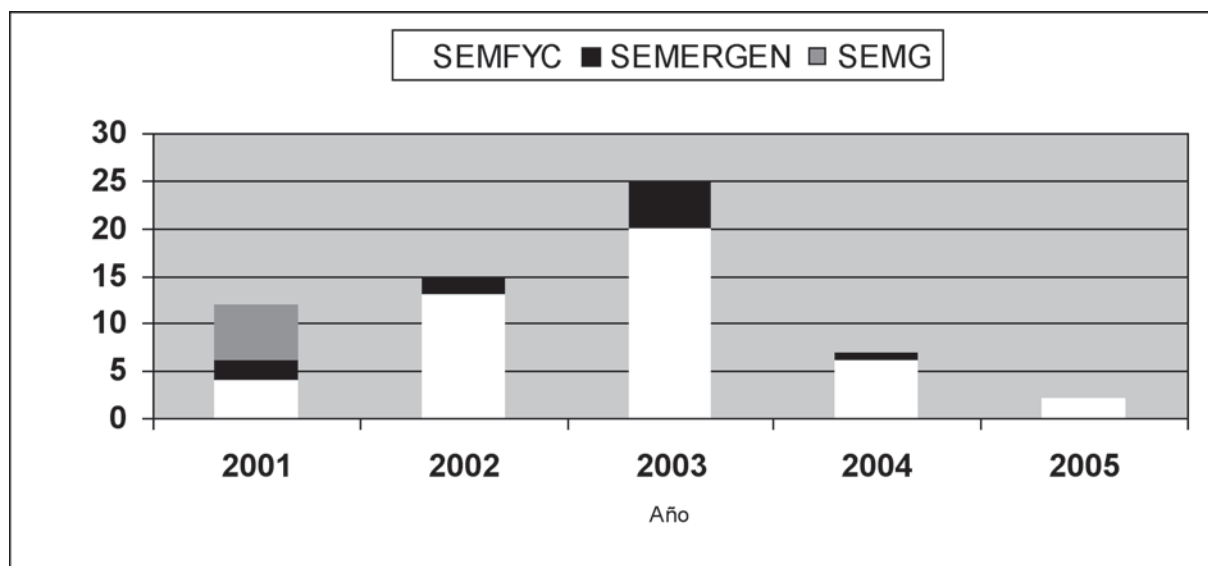


Figura 1. Número de publicaciones por años y por congresos.

caron la mayoría de los artículos (41% y 24,6%, respectivamente), aunque el rango recogió desde 2001 a 2005 (figura 1).

Un total de 58 comunicaciones fueron publicadas en revistas de lengua castellana y sólo 3 aparecieron en revistas de lengua inglesa (estas últimas procedentes del congreso de SemFYC): Blood Pressure Monitoring, Clinical Therapeutics y Neurology. Los tipos de diseño de las comunicaciones publicadas en revistas indexadas fueron: 52 estudios descriptivos, 3 analí-

ticos observacionales y 2 analíticos experimentales. Existió además 1 estudio cuali-cuantitativo, 1 revisión sistemática con metaanálisis y 2 revisiones bibliográficas.

DISCUSIÓN

A través de la investigación es como se genera conocimiento y se contribuye al progreso del Sistema Sanitario^{2,3}. Los congresos científicos representan un marco de presentación preliminar de estudios cientí-

ficos en forma de comunicaciones orales y en panel; el destino final de éstas comunicaciones da una idea relativa de la calidad científica del congreso, del rigor en la aceptación de trabajos por su comité científico y de la sociedad científica responsable del evento^{5,6}.

El porcentaje total de publicación de los congresos nacionales de Atención Primaria en Medline (6,3%) se encuentra más cerca del conseguido en congresos regionales de Atención Primaria⁷ (2,3% en Medline) que del correspondiente a otros congresos nacionales como el de Anestesia y Reanimación⁸ (17%) o el de Reumatología⁶ (21%), y muy inferior al resultado de congresos americanos y europeos de otras especialidades^{9,10} (37,8% y 42% respectivamente).

Por Sociedades Científicas, se aprecia un claro predominio del congreso de SemFYC, que resulta estadísticamente significativo al centrarse en Medline, aunque no debemos olvidar que la publicación oficial de esta sociedad, la revista Atención Primaria, se encuentra indexada en Medline, mientras que las publicaciones oficiales de las otras dos sociedades científicas sólo se encuentran en el IME.

Se evidenció un predominio de publicación de las comunicaciones que se presentaron en formato oral frente a las presentadas en panel, al igual que en otros estudios⁶, hecho probablemente relacionado con la calidad del comité de selección de comunicaciones al congreso y con el estímulo que supone que un trabajo sea seleccionado para presentación oral.

El período de mayor número de publicaciones, alrededor del segundo año tras el congreso, es similar a los descritos en la literatura revisada^{6,8}. Las revistas de destino son mayoritariamente de lengua española, y las comunicaciones que llegan a publicarse en revistas extranjeras proceden en su totalidad del congreso de SemFYC.

A pesar de que el ámbito de la Atención Primaria ofrece claras oportunidades para la investigación (áreas poblacionales de atención, gran accesibilidad, atención longitudinal, atención a población sana o con factores de riesgo y población enferma¹), la mayoría de las comunicaciones congresuales que encontramos publicadas en revistas tienen un diseño de tipo descriptivo, quedando el resto de diseños en una representación casi anecdótica, lo que corresponde con la impresión

previa a este estudio³, aunque no debemos olvidar que los estudios descriptivos pueden ser la fuente de hipótesis futuras de trabajo sobre problemas de salud importantes en Atención Primaria.

Para evitar la pérdida de originales en algún momento del proceso editorial, el año que fue elegido para estudiar los congresos distaba cuatro años al presente estudio. Se apreciaron algunos errores de indexación del mismo artículo en las dos bases de datos analizadas y puede que no encontráramos más citas al no figurar el primer autor de la comunicación en la publicación final. Ante los resultados obtenidos, parece evidenciarse que, aunque en los congresos de Atención Primaria se investigue mucho, se publica poco, y prácticamente sólo en revistas españolas. Generar mecanismos (convenios de colaboración con instituciones sanitarias, creación de redes de investigación, respaldo político y económico de los gobiernos¹) que aumenten la calidad y el impacto de las comunicaciones presentadas a los congresos es responsabilidad de cada sociedad científica y de los comités que organizan los congresos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Violán C, Bolívar B. Investigación biomédica. Papel de la Atención Primaria. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126:614-5.
2. Fernández Fernández I. Investigación en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124:57-60.
3. Fernández Fernández I. ¿Investigación en Atención Primaria? *Aten Primaria*. 2003; 31:281-4.
4. Jiménez Villa J. Evolución de la investigación en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1993; 11:115-6.
5. Gorman RL, Oderda GM. Publication of presented abstracts at annual scientific meetings: a measure of quality? *Vet Hum Toxicol*. 1990; 32:470-2.
6. Olivé A, Cifuentes I, Vazquez Corbacho D, Roca J. Rumbo a lo desconocido: destino final de los resúmenes presentados a un congreso de reumatología. *Rev Esp Reumatol*. 2004; 31:122-5.
7. Cuéllar de León AJ, Ruiz García V, Cuadrado Escamilla JL. ¿Qué impacto tuvieron las comunicaciones del último Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha? *Aten Primaria*. 2005; 36:51-2.
8. Castillo J, García-Guasch R, Cifuentes I. Publicaciones derivadas de las comunicaciones libres de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (Anestesia 92). *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2000; 47:53-6.
9. Longeva NG, Hersey K, Fleshner N. Publication rate of abstracts presented at the annual meeting of the American Urological Association. *BJU Int*. 2004; 94:79-81.
10. Castillo J, García-Guasch R, Cifuentes I. Fate of abstracts from the Paris 1995 European Society of Anesthesiologists meeting. *Eur J Anesthesiol*. 2002; 19:888-93.

Importancia de la Estimulación Intrauterina en las charlas de Atención Primaria

M^a de los Ángeles Castaño Molina^a, Inmaculada Carmona González^b, Sonia Pomedá Paños^b, Beatriz Ruiz González^c, Milagros Molina Alarcón^d

^a Matrona (Murcia).

^b Matrona (Guadalajara).

^c Matrona (Ciudad Real).

^d Catedrática de Bioquímica. Universidad Castilla-La Mancha.

Correspondencia:
M^a de los Ángeles
Castaño Molina.
C/ Democracia, 7, 30152
Aljucer (Murcia). Tfno.:
630861128, e-mail:
angcastano@hotmail.com.

Recibido el 23 de marzo
de 2007.

Aceptado para su publicación
el 27 de mayo de 2007.

RESUMEN

Objetivo. La estimulación intrauterina es una actividad que enriquece al niño en su desarrollo físico y mental, favoreciendo al mismo tiempo la comunicación entre el niño y sus padres desde el embarazo. Las matronas imparten charlas durante la gestación en los Centros de Salud de la ciudad de Albacete, pero este tema no se divulga. Como objetivo general, cuatro matronas residentes nos propusimos conocer la importancia dada a la estimulación intrauterina dentro de las charlas de Educación Maternal de todas las mujeres gestantes que acuden a todas ellas en tres Zonas de Salud urbanas de Albacete.

Diseño. El tipo de estudio es cuasiexperimental, sin grupo control y sin selección aleatoria de los sujetos.

Emplazamiento y mediciones principales. La muestra fue de 57 mujeres en su tercer trimestre de embarazo, momento en que se imparten las charlas, y el período de estudio fue de seis meses. Añadimos el tema de la estimulación intrauterina a los contenidos de las charlas y por medio de una encuesta anónima medimos la importancia concedida por las asistentes a todas las charlas en general, determinando de esta forma la conveniencia o no de incorporar el tema de estudio.

Resultados. Como resultado principal comprobamos que la charla de estimulación intrauterina resulta interesante y útil para las gestantes, siendo también uno de los aspectos más desconocidos.

Conclusiones. Debería darse información de la estimulación en el embarazo a todas las gestantes dentro del programa de Educación Maternal, desplazando las charlas menos importantes para ellas a otras secciones, como Planificación Familiar o Atención en el Puerperio.

Palabras clave. Estimulación en el embarazo, educación, desarrollo, matrona.

ABSTRACT

Importance of prenatal stimulation in Primary Care talks

Objective. Prenatal stimulation is an activity that promotes the baby's physical and mental development, and at the same time enhances communication between the child and his/her parents from pregnancy. Midwives give talks on this subject to pregnant women at Health Centers in Albacete, Spain, however these talks are not widely publicised. We are four resident midwives and our general aim is to determine the importance of including prenatal stimulation in the Maternal Education Programme for the pregnant women who participate in the programme in the urban Health Area of Albacete.

Design. The is a quasi-experimental study, with no control group and random selection of subjects.

Setting and Measurements. The sample is of 57 women who were in their third trimester of pregnancy at the time they received the talks. The study lasted six months. We added the subject of prenatal stimulation to the talks and by means of an anonymous survey we measured the importance of all talks given to the women thus determining whether the subject of prenatal stimulation needed to be included are not.

Results. The main result was that talks on prenatal stimulation were interesting and useful for the pregnant women and that prenatal stimulation was one of the least known subjects.

Conclusions. We conclude that information on prenatal stimulation, for all pregnant women, within the Maternal Education programme, is important. Less important talks should be moved to other sections, such as Family Planning or Postnatal Care.

Key Words. Pregnancy stimulation, education, development, midwife.

INTRODUCCIÓN

Desde hace siglos las madres han hablado con sus hijos desde la gestación. A las 3 semanas de embarazo ya se observan células nerviosas primitivas que posteriormente serán las neuronas y darán origen a la corteza cerebral, la parte del cerebro que con el tiempo permitirá a la persona en crecimiento moverse, pensar, hablar, planear y crear¹. La comprobación de que el niño puede responder a ciertos estímulos y recordar después del nacimiento los aprendizajes obtenidos durante la gestación confirma la importancia de la estimulación intrauterina². Para que el desarrollo psicomotor del niño a lo largo de su vida evolucione favorablemente se requiere, por una parte, de la maduración del sistema nervioso, iniciada en la vida intrauterina, y, por otra, de una organización a nivel emocional y mental³. Los niños estimulados logran mejor desarrollo orgánico y funcional del sistema nervioso y de sus órganos de contacto⁴. Las condiciones intrauterinas a las que está acostumbrado el niño cambian al nacer; dentro del vientre de su madre está acostumbrado a ciertos sonidos, como el de la digestión, circulación, corazón, voz de la madre, etc., flota y se mueve en el líquido amniótico, hay poca luz, aunque puede ver los contrastes entre claridad y oscuridad, y su temperatura es constante, de unos 37°C.

El sentido del tacto aparece muy pronto en la vida fetal. Es el primero en desarrollarse en el embrión humano: antes de la octava semana de gestación⁵. El feto flota en el líquido amniótico a la vez que percibe el latido cardíaco de su madre y experimenta una serie de impactos sobre la piel a los cuales responde continuamente. Por ello, incluso antes del nacimiento se ajusta a un ambiente rítmicamente pulsátil. Acariar rítmicamente a un niño no sólo le tranquiliza, sino que al parecer promueve su bienestar y su eficiencia metabólica.

El oído es uno de los órganos de los sentidos que más va a captar los estímulos que vienen del medio ambiente interior y exterior. A finales del séptimo mes de embarazo se completa el desarrollo del nervio acústico, pero desde los cuatro meses y medio el feto ya está captando los sonidos que vienen de su medio ambiente exterior. Experiencias realizadas con música clásica (especialmente Mozart) en salas de prematuros ha disminuido hasta en cinco días el promedio de hospitalización⁶.

Otra forma de comunicarse con el niño es a través de los movimientos que repercuten en él. La madre siempre está moviéndose: hasta la respiración provoca que la bolsa amniótica roce con el útero, lo cual

enseña al feto aspectos básicos como la orientación y el equilibrio. Así, en el futuro, el bebé desarrollará ambos sentidos con mayor desenvoltura⁷.

Con respecto al sentido de la vista, podemos decir que alrededor de la 7ª semana de gestación se forma el nervio óptico. A pesar de que los párpados permanecen cerrados hasta la 26ª semana, la visión funciona incluso con los ojos cerrados. El feto también capta emociones, debido a la circulación de dopamina y serotonina en el torrente sanguíneo. Uno de los factores asociados con el bebé que no crece y no aumenta de peso adecuadamente dentro del útero es el estrés excesivo en la futura madre⁴.

Un estudio realizado por la Dra. Manrique, sobre estimulación pre y postnatal, concluye que las madres que estimularon a sus fetos manifestaron conductas más adecuadas durante las contracciones y el parto, así como mayor autoestima y seguridad para afrontar este momento. Por otra parte, los bebés estimulados mostraron una mayor capacidad de seguimientos visual y auditivo a estímulos animados e inanimados, mejor control cefálico, movimientos y tono muscular y una más eficiente utilización de estrategias fisiológicas, posturales y de estado para mantener el equilibrio emocional al segundo día de nacimiento⁸. Las leyes de la estimulación demuestran que el éxito de su aplicación depende de la frecuencia (repetición del estímulo), intensidad (estímulo grande, claro, repetido) y duración⁹ (tiempo de aplicación).

Entre las clases impartidas en Atención Primaria por las matronas de la ciudad de Albacete, lugar donde realizamos el estudio, dentro del programa de Educación Maternal, tuvimos la oportunidad de introducir una charla de estimulación en el embarazo, comprobando si era importante para las gestantes. Por tanto, el objetivo fue conocer la importancia dada a la estimulación intrauterina dentro de la Educación Maternal por un grupo de embarazadas del Área de Salud de Albacete. Por otra parte, la intervención contribuyó a capacitar a las gestantes para realizar la estimulación intrauterina en el último trimestre de embarazo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio cuasiexperimental, sin grupo control y sin selección aleatoria de los sujetos, llevado a cabo por cuatro enfermeras internas residentes especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).

Las charlas se realizaron en una sala con iluminación y ventilación adecuadas, dotada de medios audiovi-

suales y otros materiales necesarios. El número medio de mujeres que acuden a las sesiones de la matrona en los Centros de Salud de Albacete es de 280 al año. Nuestra muestra estuvo formada por 57 gestantes en su tercer trimestre de embarazo, momento en el que se imparte la educación sanitaria. Todas acudieron al total de las charlas, cumplimentando, una vez finalizadas las mismas, un cuestionario anónimo, incluyendo consentimiento informado, en el que primero se evaluó la importancia de todas las sesiones mediante diferentes ítems, y, al final de la encuesta, se incluyeron preguntas para cuantificar el nivel de conocimiento de las mujeres sobre la estimulación en el embarazo.

El estudio fue ubicado en tres Zonas de Salud de la ciudad de Albacete, en los centros de salud asignados a las autoras del estudio (Zona II, Zona III y Zona V),

las cuales impartieron las clases de educación Maternal. El periodo de tiempo utilizado para la recogida de la información fue de seis meses, de noviembre de 2005 a Abril de 2006. Se realizó un análisis descriptivo de las variables mediante el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS

Las 57 gestantes acudieron a todas las sesiones de Educación Maternal. La edad media del grupo era de 31,77 años. Dos tercios (66,66%) del total de las mujeres eran primíparas, y un tercio múltiparas (33,33%). El número medio de hijos por mujer era 0,4. Diez de las diecinueve múltiparas habían recibido Educación Maternal anteriormente.

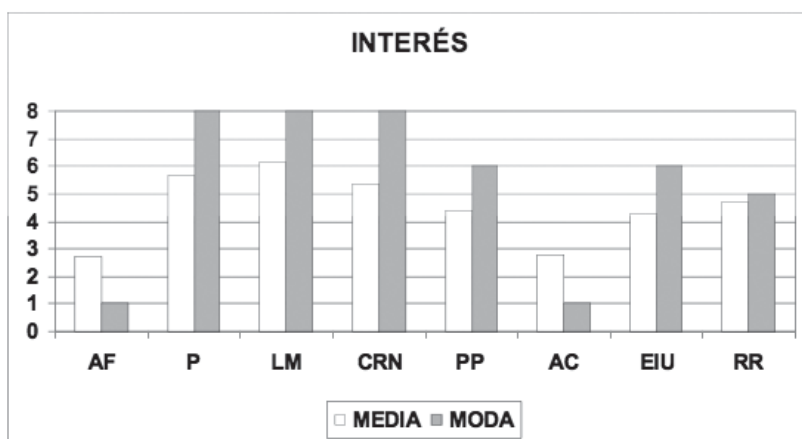


Figura 1. Opinión sobre el interés de los diferentes contenidos de educación maternal: anatomía y fisiología reproductora (AF), parto (P), lactancia materna (LM), cuidados al recién nacido (CRN), puerperio (PP), anticoncepción (AC), estimulación intrauterina (EIU) y respiración y relajación (RR).

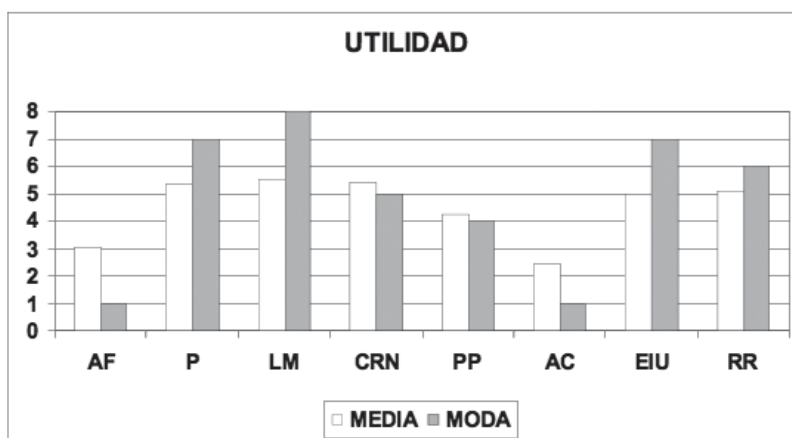


Figura 2. Opinión sobre la utilidad de los diferentes contenidos de educación maternal: anatomía y fisiología reproductora (AF), parto (P), lactancia materna (LM), cuidados al recién nacido (CRN), puerperio (PP), anticoncepción (AC), estimulación intrauterina (EIU) y respiración y relajación (RR).

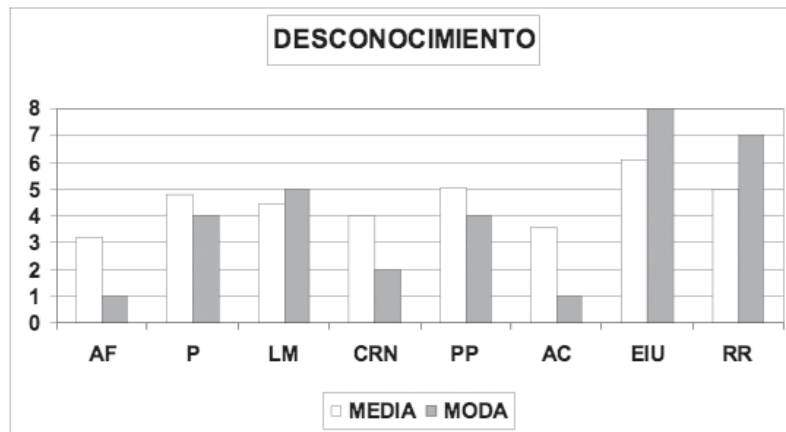


Figura 1. Opinión sobre el desconocimiento de los diferentes contenidos de educación maternal: anatomía y fisiología reproductora (AF), parto (P), lactancia materna (LM), cuidados al recién nacido (CRN), puerperio (PP), anticoncepción (AC), estimulación intrauterina (EIU) y respiración y relajación (RR).

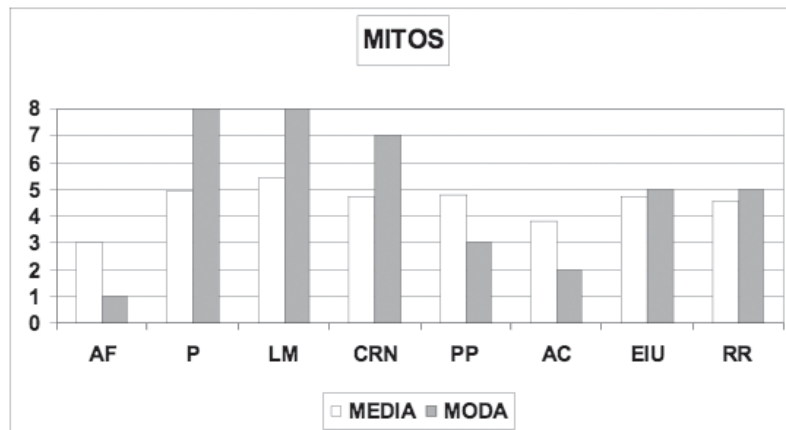


Figura 1. Opinión sobre falsas ideas o mitos relacionados con los diferentes contenidos de educación maternal: anatomía y fisiología reproductora (AF), parto (P), lactancia materna (LM), cuidados al recién nacido (CRN), puerperio (PP), anticoncepción (AC), estimulación intrauterina (EIU) y respiración y relajación (RR).

La mayoría de las mujeres (91,22%) estaban casadas o conviviendo en pareja, y sólo un 8,77% de ellas eran solteras. El 86% de las mujeres eran españolas y del resto (14%), la mayoría eran de origen sudamericano. Todas habían cursado estudios: un tercio de ellas estudios primarios, el 31,57% estudios secundarios y el 35,08% restante universitarios. El 54,38% presentaba una situación laboral activa.

Para el 87,71% de nuestra muestra el embarazo actual había sido deseado. El 12,28 % restante lo había aceptado a pesar de no haber sido buscado.

En relación con las charlas de Educación Maternal, propusimos a nuestras gestantes que ordenaran todas las charlas impartidas en la preparación a la maternidad, puntuándolas del 1 al 8 (siendo el 8 el de más valor y el 1 el de menos) en función del "interés" que sugería la charla, de su "utilidad" durante el em-

barazo, del "desconocimiento" y de las "falsas ideas o mitos" que tenían antes de recibir la charla. Los temas tratados fueron: anatomía y fisiología reproductora (AF), parto (P), lactancia materna (LM), cuidados al recién nacido (CRN), puerperio (PP), anticoncepción (AC), estimulación intrauterina (EIU) y respiración y relajación (RR) (figuras 1-4).

Las charlas de estimulación intrauterina y de respiración y relajación recibieron las mayores calificaciones con respecto al desconocimiento, por la novedad de la primera y por la cada vez menor importancia concedida a la segunda desde que se introdujo la analgesia epidural en el parto. Pese al desconocimiento, el tema de la estimulación intrauterina resultó interesante y útil para las gestantes. Las mujeres de nuestra muestra tenían conocimientos previos de estos tres temas,

aunque algunos erróneos, y la diferencia observada en la puntuación otorgada al interés de dichos temas podría deberse a la cercanía de la fecha probable de parto.

La anatomía y fisiología de la reproducción y anticoncepción obtuvieron una baja puntuación (poco interés) por parte de las embarazadas. Se observan diferencias entre primíparas y multíparas en la valoración de las charlas del parto, lactancia materna y cuidados del recién nacido. La charla de cuidados en el puerperio les resultó poco importante debido a que tienen más presente el estado de salud de su hijo que el suyo propio y se centran más en el día del parto que en lo que viene después.

Al analizar las preguntas que trataban sobre la estimulación Intrauterina, resultó que el 73,68% de las mujeres de nuestra muestra había oído hablar de ella antes de recibir la charla, aunque sólo un 43,85% conocía sus ventajas. El 61,4% de las mujeres ya la había practicado en este embarazo y un porcentaje muy elevado de ellas (70,17%) ya sabía que se estaba comunicando con su bebé.

Desde que recibieron la charla el número de mujeres que realizó estimulación intrauterina aumentó al 87,71% siendo la conversación, la música y las caricias las técnicas más habituales. Un 77,1% de las parejas participaron de esta técnica. Al 91,22% de las mujeres les pareció una técnica sencilla y al 89,47% útil durante el embarazo. La mayoría de las gestantes (94,73%) demandaron más información acerca de la estimulación prenatal y opinaron que se debería enseñar la técnica a todas las embarazadas.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios para nuestra práctica, habiendo comprobado la importancia otorgada a la estimulación intrauterina dentro de la Educación Maternal por parte de las embarazadas. La capacitación de las gestantes para llevar a cabo la estimulación intrauterina en el último trimestre de embarazo ha sido valorada mediante la segunda parte del cuestionario referente a la estimulación. En las sesiones sobre este tema se resolvieron dudas y se ampliaron conocimientos en este campo.

Debería darse información de la estimulación intrauterina a todas las gestantes dentro del programa de Educación Maternal. Consideramos que las charlas de anatomía y fisiología de la reproducción y anticoncepción se podrían incluir en el Programa de Planificación Familiar, dentro de la consulta de la matrona, debido a que las gestantes apenas muestran interés por estos temas. Los cuidados en el puerperio se deberían incluir en la atención postnatal en la consulta de la matrona o en la planta de Tocología durante el puerperio inmediato.

Además, sería interesante comenzar con alguna de las sesiones al principio del embarazo, ya que en ellas hay información, como en nuestro caso, que debería conocerse desde el principio. La mayoría de las gestantes demandaron más información acerca de la estimulación prenatal y opinaron que se debería enseñar la técnica a todas las embarazadas. La estimulación intrauterina es una técnica sencilla y útil, altamente demandada por las gestantes. Con estas recomendaciones pretendemos mejorar la eficiencia y la efectividad de nuestro trabajo en Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez CA. La estimulación intrauterina. [serie en Internet]. Diciembre 2004. Disponible en: http://www.geocities.com/ludico_pei/la_estimulacion_intrauterina.ht.
2. Muñante K. El despertar del feto. [monografía en Internet]. Diciembre 2004. Disponible en: <http://www.maisondesante.org>.
3. Afane A. Bases teóricas de la atención temprana. Fundación Síndrome de Down Cantabria. Cantabria 2004. Disponible en: <http://www.astait.org>.
4. Trueba G. La estimulación para el bebé antes de su nacimiento. [monografía en Internet]. Diciembre 2004. Disponible en: <http://www.rebozoway.org/espanol/estimulacion.htm>.
5. Davis F. La Comunicación no verbal. Madrid: Alianza; 1988.
6. Brand G. Estimulación prenatal. El inicio de una educación ecológica del neocórtex. *Pediatría al Día* 2003; 19(5):50-54.
7. Martínez F. Comunicación prenatal. *Crecer feliz*, nº 188, mayo 2004.
8. Manrique B. Una ventana abierta al mundo. [monografía en Internet]. Diciembre 2004. Disponible en: <http://www.abranpa-soalbebe.com/investigacion.htm>.
9. Doman G. Programa de estimulación temprana en educación. [serie en Internet]. Diciembre 2004. Disponible en: <http://www.colegiosanvicente.net/page9.htm>.
10. López B. Diseño de estimulación intrauterina. [serie en Internet]. Diciembre 2004. Disponible en: <http://www.embarazarte.com>.
11. Hoyas Frontera G, Molina Alarcón M. Condicionantes sociales en la experiencia táctil. *Revista de Enfermería* 2001; 14:27-30.

Factores de riesgo de Caídas en ancianos

Mercedes García-Reyes Ramos^a, Alejandro Villena Ferrer^b, José M^a del Campo del Campo^c,
Jesús López-Torres Hidalgo^d, Nazaret Maldonado del Arco^e, Ignacio Párraga Martínez^f

^a Médico de Familia. Centro de Salud Zona III (Albacete).

^b Médico de Familia. Centro de Salud Zona V-B (Albacete).

^c Médico de Familia. Centro de Salud de Ossa de Montiel (Albacete).

^d Médico de Familia. Área de Investigación, Docencia y Formación del SESCAM.

^e Médico de Familia. Unidad de Medicina Paliativa. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

^f Médico de Familia. Centro de Salud Zona VI (Albacete).

Correspondencia: Mercedes García-Reyes Ramos. Centro de Salud Zona III, Plaza de la Mancha s/n, 02001 – Albacete. Tfno.: 967509982.

Recibido el 22 de abril de 2007

Aceptado para su publicación el 19 de mayo de 2007.

RESUMEN

Objetivo. Determinar los factores de riesgo asociados a las caídas de los pacientes mayores de 65 años residentes en la comunidad.

Diseño. Estudio observacional de casos y controles.

Emplazamiento. Consultas de Atención Primaria.

Participantes. 69 pacientes de 65 o más años con antecedentes de caídas durante el año anterior (casos) fueron comparados con otros 69 pacientes de igual edad, pero sin dichos antecedentes (controles).

Mediciones principales. Circunstancias de las caídas (número de caídas en el último año, causa aparente, necesidad de ayuda o de asistencia sanitaria y consecuencias, etc), práctica de ejercicio físico, apoyo social, hábitos tóxicos, enfermedades, dificultades visuales o auditivas, consumo de medicación (fármacos predisponentes, automedicación y cumplimiento), situación funcional (índice de Katz), variables antropométricas y datos sociodemográficos.

Resultados. En los casos fueron significativamente más frecuentes las siguientes exposiciones: sexo femenino (OR: 2,9), obesidad (OR: 2,3), consumo diario de alcohol (OR: 2,8), enfermedades neurológicas (OR: 4,1), Diabetes Mellitus (OR: 2,2) e incapacidad funcional (OR: 4,2).

Conclusiones. Entre los factores predisponentes de caídas en los ancianos aparecen factores de riesgo modificables como son la obesidad y el consumo diario de alcohol. La diabetes y las enfermedades neurológicas, especialmente demencias y secuelas de ACV, son las enfermedades relacionadas con mayor frecuencia.

Palabras clave. Caídas, ancianos.

ABSTRACT

Risk factors for falls in the elderly

Objective. To determine the risk factors associated to falls in community-dwelling individuals of over 65 years

Design. Observational study of cases and controls.

Setting. Primary care centres.

Participants. 69 patients aged 65 years or over with a history of falls in the previous year (cases) were compared with another 69 patients of the same age who had no history of falls (controls).

Main measurements. Circumstances of the fall (number of falls in the last year, apparent cause, need for help or healthcare and consequences, etc.), physical exercise, social support, toxic habits, diseases, sight or hearing difficulties, medication (predisposing drugs, self medication and compliance), performance status (Katz index), anthropometric and sociodemographic data.

Results. The following factors were more frequent in the cases: female sex (OR: 2,9), obesity (OR: 2,3), daily alcohol consumption (OR: 2,8), neurological disease (OR: 4,1), Diabetes Mellitus (OR: 2,2) and functional incapacity (OR: 4,2).

Conclusions. Some of the predisposing factors for falls in the elderly can be modified, such as obesity and daily alcohol consumption. Diabetes and neurological diseases, especially dementia and CVA sequelae are the most frequently related diseases.

Key words. Falls, elderly.

De este estudio fue presentada una comunicación oral en el IV Congreso de Atención Primaria de Castilla-La Mancha, celebrado en Guadalajara durante los días 12 a 14 de junio de 2003.

INTRODUCCIÓN

Algunos autores han definido las caídas como la precipitación involuntaria hasta el suelo acompañada o no de lesiones secundarias¹. Es importante destacar que alrededor del 33% de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, y que por lo tanto no están institucionalizadas, se caen al menos una vez al año^{1,2}. Este porcentaje aumenta de manera progresiva conforme se incrementa la edad de la población²⁻⁴, y llega a ser hasta del 50% en el caso de la población institucionalizada⁵. El 50% de los ancianos que han sufrido una caída en el año anterior volverán a caerse durante el año siguiente^{1,2,6-8}.

Aún con todos estos datos, las caídas en los ancianos son un problema infradiagnosticado, ya que éstos, sobretudo cuando no existen consecuencias físicas, no suelen acudir al sistema sanitario. Aún así, son el primer motivo de consulta en urgencias hospitalarias de traumatología⁹, constituyen la sexta causa de muerte y representan un coste anual de más de diez billones de dólares⁹.

Las caídas en los ancianos presentan una etiología multifactorial¹⁰, influyendo en ellas tanto factores intrínsecos (edad, medicación, enfermedades crónicas) como extrínsecos (seguridad en el hogar, soledad, calzado adecuado) a la persona. La identificación de estos factores de riesgo se puede obtener en un 95% de los casos a partir de la exploración física y la historia clínica del paciente. Por otra parte, las caídas en personas mayores están consideradas como el prototipo de los grandes síndromes geriátricos, tienen sus propios factores de riesgo^{11,12}, y éstos varían según las características personales de la población, así como también es influyente el medio en el que viven. Generan gran cantidad de lesiones e incapacidades, e incluso en algunos casos pueden causar la muerte.

En general, las caídas tienen una gran repercusión y son causa de graves consecuencias¹³, tanto a nivel físico¹⁴ como psicológico¹⁵, económico y social (miedo a caer^{16,17}, hospitalizaciones prolongadas, intervenciones quirúrgicas, inmovilidad, pérdida de funcionalidad^{16,18} e incapacidad. El 70% de las muertes por accidente en mayores de 75 años son debidas a caídas^{14,19}. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene este problema, existen pocos estudios en la población mayor no institucionalizada²⁰⁻²¹.

El objetivo del estudio es determinar los factores de riesgo asociados a las caídas de los pacientes mayores de 65 años residentes en la comunidad.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional analítico de casos

y controles, desarrollado durante los meses de abril y mayo de 2003 en el ámbito de atención primaria. En cuatro consultas de Medicina Familiar fueron seleccionados, consecutivamente, 69 pacientes de 65 o más años con antecedentes de caídas durante el año anterior (casos). Simultáneamente, otros 69 pacientes de igual edad, pero sin dichos antecedentes (controles), fueron seleccionados a partir de la población en la que se originaron los casos. Tanto casos como controles fueron seleccionados entre los pacientes que acudieron espontáneamente a la consulta durante el periodo de estudio.

El tamaño muestral corresponde a un riesgo alfa de 0,05, un riesgo beta de 0,10 y una diferencia de proporciones de exposición a factores de riesgo de caídas del 30%. El número de casos fue similar al número de controles y éstos fueron apareados por edad (± 5 años). Cuatro entrevistadores, médicos de familia en los Centros de Salud de Quintanar del Rey (Cuenca), Ossa de Montiel (Albacete) y Zona V-B (Albacete), mediante entrevista personal semiestructurada realizada en las consultas, obtuvieron la información necesaria, tanto de los casos como de los controles.

En dichas entrevistas se obtuvo información sobre las circunstancias de las caídas (número de caídas en el último año, causa aparente, actividad realizada en el momento de producirse la caída, momento y lugar, necesidad de ayuda o de asistencia sanitaria y consecuencias), práctica de ejercicio físico, tipo de convivencia, apoyo social, hábitos tóxicos, enfermedades, dificultades visuales o auditivas, consumo de medicación (fármacos predisponentes, automedicación y cumplimiento), situación funcional (índice de Katz), variables antropométricas (talla y peso) y datos socio-demográficos (edad, sexo y medio rural o urbano).

La información obtenida fue codificada e introducida en una base de datos procediéndose después a su depuración y análisis. Se realizó, en primer lugar, una descripción de las variables estudiadas y, a continuación, un análisis comparativo mediante pruebas de comparación de proporciones (Chi-cuadrado y test exacto de Fisher) entre sujetos con y sin antecedentes de caídas. Como medida de asociación se calculó la razón de odds junto a su intervalo de confianza al 95%. Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 14.0.

RESULTADOS

La edad media de los casos fue de 74,3 años $\pm 6,1$ DE y la de los controles de 73,8 $\pm 5,6$ DE. En los casos las caídas ocurrieron con mayor frecuencia al caminar o al realizar las tareas domésticas (66.2%), fueron atribuidas, sobretudo, a resbalones o traspisés (60.8%),

ocurrieron con más frecuencia en el domicilio (55.1%) y en la calle (34,8%), había necesitado ayuda para levantarse el 60,9% de los ancianos, produjeron alguna fractura en el 26.1% de los casos y recibió asistencia sanitaria el 55.1% de los afectados. El número medio de caídas producidas durante el último año fue de 1,7 ± 1,1 DE (rango 1 a 6). Más de la mitad de las caídas (57,3%) habían ocurrido entre las 9 y las 12 horas de la mañana, especialmente durante los meses de primavera (63,6%).

El número medio de enfermedades (2,8 en ambos grupos) y de medicamentos consumidos de forma crónica (2,7 en casos y 2,5 en controles) no fue significativamente diferente en casos y controles. Entre las enfermedades, únicamente la Diabetes y las enfermedades neurológicas estaban presentes con mayor frecuencia entre los casos. En cuanto a los grupos farmacológicos, en ninguno de ellos se observó un consumo predominante en casos respecto a controles. En la tabla 1 se muestra la distribución del resto de las variables estudiadas tanto en casos como en controles.

En los casos fueron significativamente más frecuentes las siguientes exposiciones:

- Sexo femenino (73,9% en casos vs 49,3% en controles, p = 0,003, OR: 2,9, IC 95%: 1,4-5,9).
- Obesidad (43,9% en casos vs 25,5% en controles, p = 0,03, OR: 2,3, IC 95%: 1,1- 4,9).
- Consumo diario de alcohol (34,8% en casos vs 15,9% en controles, p = 0,01, OR: 2,8, IC 95%: 1,2-6,4).
- Enfermedades neurológicas (20,3% en casos vs 5,8% en controles, p = 0,01, OR: 4,1, IC 95%:1,3-13,3).
- Diabetes Mellitus (37,7% en casos vs 21,7% en controles, p = 0,04, OR: 2,2, IC 95%: 1,1-4,6).

- Incapacidad funcional (16,2% en casos vs 4,3% en controles, p = 0,02, OR: 4,2, IC 95%: 1,1-15,9).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio las caídas ocurrieron con mayor frecuencia al caminar o realizar las tareas domésticas (60.2%) y fueron atribuidas sobre todo a resbalones o traspiés (60.8%)²². Estos resultados están en concordancia con los obtenidos en otros estudios en los cuales también fue el domicilio el lugar donde ocurrieron con mayor frecuencia (55.3%). Según Pujiula et al²³, las caídas ocurren principalmente en casa (61%) debido sobretodo a causas ambientales (40%), y en personas que presentan problemas de movilidad. En un estudio realizado por Porta et al²⁴ las caídas tuvieron lugar con más frecuencia en el dormitorio y durante la realización de las actividades de la vida diaria como aseo, baño e higiene. En este sentido, Tinetti et al²⁵ sugieren que los factores del entorno pueden influir en el riesgo de sufrir caídas graves, independientemente de los factores predisponentes propios de los pacientes.

Otros estudios realizados en población institucionalizada²⁴ atribuyen estas caídas producidas en el dormitorio a la transferencia silla-cama, siendo escasa la importancia de las alteraciones del entorno en los episodios de caídas frente a los factores relacionados con el propio paciente. Existen otros estudios²⁶ en los que las caídas se asociaron de forma independiente al cambio de domicilio (anciano golondrina), seguramente en relación con un entorno nuevo y desconocido.

Desde el punto de vista preventivo, con frecuencia se trata de factores de riesgo modificables mediante una simple inspección del entorno y la introducción de pequeños cambios en el domicilio, pudiendo contribuir

Variables	Casos (n = 69) No (%)	Controles (n = 69) No (%)	p
Sexo femenino	51 (73,9)	34 (49,3)	0,003
Medio rural	55 (79,7)	52 (75,4)	NS
Práctica de ejercicio físico regular	34 (49,3)	33 (48,5)	NS
Vivir solo	9 (13,0)	9 (13,0)	NS
Escaleras o desniveles en el domicilio	48 (70,6)	50 (73,5)	NS
Hábito tabáquico	4 (5,9)	8 (12,1)	NS
Obesidad	29 (43,9)	14 (25,5)	0,03
Visitas frecuentes de amigos o familiares	31 (47,0)	36 (52,9)	NS
Consumo diario de alcohol	23 (34,8)	11 (15,9)	0,01
Alguna dificultad visual	47 (69,1)	41 (60,3)	NS
Alguna deficiencia auditiva	35 (51,5)	40 (59,7)	NS
Alteraciones del equilibrio	14 (20,3)	10 (14,5)	NS
Enfermedad neurológica	14 (20,3)	4 (5,8)	0,01
Diabetes Mellitus	26 (37,7)	15 (21,7)	0,04
Dependencia AVD (Índice de Katz)	11 (16,2)	3 (4,3)	0,02

Tabla 1. Distribución de las variables estudiadas en casos y controles. NS: no significativa.

fácilmente a una disminución del número de caídas en la población anciana.

En nuestros casos requirió asistencia sanitaria el 55,1% de los pacientes, porcentaje superior al encontrado en otros estudios revisados^{22,23}, en los cuales dicha proporción fue del 30 al 45,4%. La explicación podría radicar en la variabilidad en el acceso a los servicios sanitarios, relacionada con el medio rural o urbano, y en los hábitos de cada población. Observamos una incidencia de fractura del 26.1% en los casos, muy superior a la de otros estudios^{22,23} en los que fue de 10,4% y 7,8%. En nuestro caso, frente a los estudios mencionados, se podría atribuir la elevada proporción de fracturas a un mayor predominio de población del medio rural, donde podría existir un mayor riesgo de caídas, tanto por la dedicación a las labores del campo como por un peor acondicionamiento de las viviendas en comparación con las de la ciudad.

En concordancia con los resultados de otros autores^{22,27-29}, hemos observado una mayor proporción de mujeres entre los ancianos con antecedentes de caídas. Esta asociación sería explicable, al menos parcialmente, por una mayor longevidad en las mujeres y una mayor presencia de osteoporosis en las mismas.

Respecto a las enfermedades de los pacientes estudiados, hemos comprobado entre los casos una mayor frecuencia de enfermedades neurológicas, especialmente ACV y demencias, y otras enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, al igual que sucede en la mayor parte de la bibliografía consultada^{24,26,28-30}, si bien, dicha asociación no siempre ha sido objetivada³¹⁻³². En un estudio previo²⁶ determinados fármacos se asociaron con una mayor incidencia de caídas en los ancianos, entre ellos la insulina.

Otra de las variables asociadas a un mayor riesgo de caídas ha sido el consumo de alcohol. Este hallazgo no ha sido constatado en los estudios consultados, probablemente por tratarse de un factor infraestimado en la población anciana y de un hábito muy variable en diferentes ámbitos geográficos.

Otro de los factores asociados a un mayor riesgo de caídas fue la obesidad, lo que podría guardar relación con la disminución de agilidad asociada a la misma. Tampoco en la bibliografía consultada hemos encontrado una clara relación asociación entre caídas e índice de masa corporal^{5,33}.

Por último, en nuestros resultados, observamos una asociación estadísticamente significativa entre caídas e incapacidad funcional, evaluada mediante el Índice de Katz. Diversos estudios^{34,35} han puesto de mani-

fiesto la asociación que existe entre la dependencia para las actividades básicas de la vida diaria y un mayor riesgo de caídas. Según Pujula²³, las caídas ocurren principalmente en ancianos con problemas de movilidad y un nivel de dependencia elevado. Se ha destacado³⁶ la importancia de la valoración funcional en relación con la planificación de políticas de salud pública, entendiéndose como tal valoración tanto la dificultad para realizar tareas motoras a nivel individual como aquella en relación con el desempeño de roles sociales definidos y áreas dentro de un entorno físico y sociocultural.

Como conclusión, los resultados obtenidos nos permiten inferir que existen factores de diversa índole asociados a las caídas. Entre los factores predisponentes de caídas en los ancianos aparecen factores de riesgo modificables como son la obesidad y el consumo diario de alcohol. La diabetes y las enfermedades neurológicas, especialmente demencias y secuelas de ACV, son las enfermedades relacionadas con mayor frecuencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Mesas Sotos R, Marañón Fernández E. Caídas en el anciano. En: Guillén-Llera F, Pérez del Molino J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994. p. 171-8.
- Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med.* 1988; 319:1701-07.
- Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HM, Bezemer PD, Bouter LM, Lips P. Falls in the elderly: a prospective study of risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol.* 1996; 143:1129-36.
- Vellas B, Faisant C, Lauque S, Sedeulh M, Baumgartner R, Andrieux JM et al. Etude ICARE: investigation sur la chute accidentals recherché épidemiologique. *L'Année Gerontológico.* 1995; 9:423-36.
- Greenspan SL, Myers ER, Maitland LA, Resnick NM, Hayes WC. Fall severity and bone mineral density as risk factors for hip fracture in ambulatory elderly. *JAMA.* 1994; 271:128-33.
- Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls: a prospective study. *JAMA.* 1989; 261:2663-8.
- Stalenhoef PA, Diederiks JP, Knottnerus JA, De Witte LP, Crebolder HF. The construction of a patient record-based risk model for recurrent falls among elderly people living in the community. *Fam Pract.* 2000; 17:490-6.
- Salvà A, Bolívar I, Pera G, Arias C. Incidencia y consecuencias de las caídas en población anciana viviendo en la comunidad. *Med Clin (Barc).* 2004; 122:172-6.
- Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Annu Rev Public Health.* 1992; 13:489-508.
- Cummings SR, Nevitt MC. Falls. *N Engl J Med.* 1994; 29:872-3.
- Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J Gerontol.* 1991; 46:164-70.
- Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli RA. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc.* 1995; 43:1214-21.
- Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF, Jackson SL, Brown JS, Fitzgerald JL. Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. *Age Ageing.* 1990; 19:136-41.

14. Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niemi S, Palvanen M, Jarvinen M, et al. Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA*. 1999; 281:1895-9.
15. Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP. The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health*. 1994; 84:565-70.
16. Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Doucette JT, Baker DL. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *J Gerontol*. 1994; 49:M140-7.
17. Lawrence RH, Tennstedt SL, Kasten LE, Shih P, Howland J, Jette AM. Intensity and correlates of fear of falling and hurting oneself in the next year. *J Aging Health*. 1998; 10:267-86.
18. Petrella RJ, Wight D. An office-based instrument for exercise counselling and prescription in primary care: the Step Test Exercise Prescription (STEP). *Arch Fam Med*. 2000; 9:339-44.
19. Fuller GF. Falls in the elderly. *Am Fam Physician*. 2000; 61:2159-68.
20. Méndez Rubio JL, Zunzunegui MV, Béland F. Prevalencia y factores asociados a las caídas en las personas mayores que viven en la comunidad. *Med Clin (Barc)*. 1997; 108:128-32.
21. Segura Noguera JM, Barreiro Montana MC, Bastida Bastus N, Collado Gastalver D, González Solanillas M, Linares Juan de Sentmenat C. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. *Atención Primaria*. 2000; 25:297-301.
22. Varas-Fabra F, Castro E, Pérula L, Fernández M.J, Ruiz R, Enciso I. Caídas en ancianos de la comunidad: prevalencia, consecuencias y factores asociados. *Aten Primaria*. 2006; 38:450-5.
23. Pujiula M, Quesada M. Prevalencia de caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2003; 32:86-91.
24. Porta M, Miralles R. Registro de caídas del Centro Geriátrico Municipal de Barcelona. Características de las caídas y perfil de los pacientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001; 36:270-5.
25. Tinetti ME, Doucette JT, Claus EB. The contribution of predisposing and situational risk factors to serious fall injuries. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:1207-13.
26. Moreno-Martínez NR, Ruiz-Hidalgo D, Burdoy-Joaquim E, Vázquez-Mata G. Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005; 40:11-7.
27. Brotons C, Monteserín R. Evaluación de la efectividad de un instrumento para identificar problemas sociales y sanitarios en la población anciana adscrita a un centro de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36:317-23.
28. Urbina JR, Flores MJ. El anciano de riesgo en la provincia de Guadalajara. *Aten Primaria*. 2004; 34:293-9.
29. Séculi E, Brugulat P. Las caídas en los mayores de 65 años: conocer para actuar. *Aten Primaria*. 2004; 34:186-91.
30. Ferrer A, Formiga, F. Evaluación funcional y cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio Nona Sant Feliu. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41:21-6.
31. Studenski S, Duncan PW, Chandler J, Prescott B, Hogue C. Predicting falls: The role of mobility and non-physical factors. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:297-302.
32. García Gollarte JF, Antón Peinado C, Espejo Tort B. Factores de riesgo y consecuencias de las caídas en los residentes de un Centro Geriátrico Asistido. *Rev Esp Geriatr y Gerontol* 1994; 29:25-30.
33. Neira Álvarez M, Rodríguez-Mañas L. Caídas repetidas en el medio residencial. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41:201-6.
34. Langlois JA, Smith GS, Nelson DE, Sattin RW, Stevens JA, DeVito CA. Dependence in activities of daily living as a risk factor for fall injury events among older people living in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1995; 43:275-8.
35. Armstrong GK, Morgan K. Stability and change in levels of habitual physical activity in later life. *Age Ageing*. 1998; 27:17-23.
36. Abizanda Soler P, Romero Rizos L. Innovación en valoración funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006; 41:27-35.

Atención al Paciente Cocainómano

M^a Luisa Celorrio Bustillo^a

^a Unidad de Conductas Adictivas de Albacete.

Correspondencia:
M^a Luisa Celorrio Bustillo.
Unidad de Conductas Adictivas,
C/ Miguel López de Legazpi,
2, 02005 – Albacete.
Tfno.: 967 21 52 76.

Recibido el 14 de mayo de 2007.

Aceptado para su publicación el 31 de mayo de 2007.

RESUMEN

Los pacientes con una adicción a cocaína con frecuencia se resisten a tomar contacto con un centro especializado para pedir ayuda a su problema, a no ser que tengan una motivación alta para dejar de consumir. Sin embargo, la Atención Primaria es la puerta de entrada de la Sanidad Pública y en algún momento dicho paciente acudirá para pedir tratamiento de alguna enfermedad común o para solicitar información sobre su problema de consumo.

El profesional de Atención Primaria debe estar preparado y formado para realizar este tipo de intervención, ya que la actuación en una primera consulta con un adicto a cocaína puede ser crucial, debido a que un rasgo típico del paciente es la tendencia a juzgar y valorar los conocimientos que el médico posee antes de depositar su confianza en él. El médico de familia tiene la capacidad de dar una información objetiva y motivar para que inicie tratamiento si el paciente lo precisa.

Palabras clave. Cocaína. Trastornos relacionados con cocaína.

ABSTRACT

Healthcare of cocaine-dependent patients

Cocaine-dependent patients are often resistant to seeking help at specialised centres, unless they have really decided to give up their drug consumption. However, Primary Care is the port of entrance to the Public Health system and at some time or other such patient will go to the Primary Care doctor due to some common illness or to seek information on their drug abuse problem.

The Primary Care professional must be well prepared and trained for treating this kind of patient. How the cocaine addiction patient is managed at the first visit is crucial because these patients tend to judge and assess the doctor's knowledge before placing their trust in him/her. The family doctor must be able to give objective information and encourage the patient to start treatment if so needed.

Key words. Cocaine. Cocaine-related disorders.

INTRODUCCION

Los pacientes con una adicción a cocaína con frecuencia se resisten a tomar contacto con un centro especializado para pedir ayuda a su problema, a no ser que tengan una motivación alta para dejar de consumir. Sin embargo, la Atención Primaria es la puerta de entrada de la Sanidad Pública y en algún momento dicho paciente acudirá para pedir tratamiento de alguna enfermedad común o, por qué no, para pedir información sobre su problema de consumo.

Por este motivo, el profesional de Atención Primaria debe estar preparado y formado para realizar este tipo de intervención, ya que la actuación que tengamos en una primera consulta con un adicto a cocaína puede ser crucial, debido a que un rasgo típico del paciente es la tendencia a juzgar y valorar los conocimientos que el médico posee antes de depositar su confianza en él. Según Caballero, las tareas específicas que el médico de familia puede realizar en las adicciones a cocaína son: valoración, orientación, prevención, detección precoz e inicio de tratamiento de la cocainomanía.

El médico de familia tiene la capacidad de dar una información objetiva y motivar para que inicie tratamiento si el paciente lo precisa. Es importante explorar el tipo de consumo con una historia toxicológica adecuada, identificando el patrón de consumo actual. Hay que conocer que este tipo de paciente tiende a minimizar, mentir y autoengañarse. La frase que más se oye en un centro de conductas adictivas diariamente es "yo controlo", por este motivo tendremos que ser cautos y habilidosos en el estilo de preguntar en la entrevista, demostrando que conocemos la enfermedad, al mismo tiempo que no prejuzgamos, teniendo siempre una actitud empática y de ayuda.

Como posteriormente explicaré, el hecho de que el paciente sea capaz de tener un consumo intermitente con periodos de abstinencia y recaídas posteriores es algo habitual en consumidores compulsivos.

¿Qué nos puede hacer sospechar que existe consumo?

La pérdida de control en el consumo, situaciones financieras inestables, relaciones personales difíciles junto con un cuadro de euforia, prepotencia, agresividad, hiperactividad, insomnio y desconfianza con resaca depresiva ("crash"), aunque no presente aparentemente ningún problema de salud, nos puede hacer sospechar de consumos de cocaína en un paciente, así como la demanda de ayuda por parte de sus familiares.

La familia de un consumidor, por lo general, esta afectada y alarmada, ya que percibe un cambio en la conducta y en el estilo de vida del paciente, con periodos de ausencia por el consumo y prolongada estancia en la cama para recuperarse después, así como dificultad en la relación, buscando con frecuencia la discusión como disculpa para un nuevo alejamiento y consumo. Es importante trabajar con la familia, orientando sobre la actitud a tener e informar sobre el proceso adictivo.

Espero que la revisión que voy a realizar a continuación sobre la cocaína, modalidades de consumo, patrones de uso, efectos agudos y crónicos, complicaciones médicas y psiquiátricas y tratamiento, sea de interés y utilidad a la hora de realizar una intervención desde los Equipos de Atención Primaria.

CONCEPTOS BASICOS

La cocaína es el principio activo que se extrae de las hojas del *erithroxylon coca*, arbusto que se cultiva en Centro y Sudamérica. Los indígenas la utilizaban mascando la hoja de coca, tanto en sus ritos religiosos como para trabajar, consiguiendo una gran resistencia

a la fatiga, al frío y al hambre.

En 1860 se aísla el principal alcaloide, denominándolo cocaína. Sigmund Freud y el neurólogo Mantegazza hacen apología del producto en diferentes ensayos. El químico A. Mariani patenta el "vino Mariani", el cual era un vino con extracto de coca diluido, llegando a ser la bebida más popular en Europa. En 1886 se idea la fórmula de la Coca-cola.

A principios del Siglo XIX los médicos publican artículos sobre la toxicidad de la cocaína y la capacidad adictiva. Los responsables de la Coca-cola sustituyen la cocaína por cafeína. En 1914, el Congreso Americano declara ilegal la cocaína en su Acta Harrison sobre narcóticos. Se desprestigia tanto esta sustancia que desde 1920 a 1960 el uso es muy escaso y sólo se reduce a pequeños grupos de artistas.

Hay un periodo donde hay ambigüedad con respecto a los efectos de la cocaína, incluso en instituciones médicas y psiquiátricas, hasta 1994, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría en su "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) establece ya claramente para la cocaína criterios diagnósticos de abuso, dependencia, intoxicación y Síndrome de Abstinencia. Sin embargo, la primera descripción clínica completa de la cocainomanía fue publicada por Erlenmeyer en 1885.

Freud publica en 1884 "Über coca", ensalzando los efectos de la cocaína y siendo objeto de serias críticas. En 1885 tuvo que escribir otra publicación en la que cambiaba su opinión acerca del carácter inofensivo de la cocaína. En 1925 Meyer describe detalladamente la clínica de la psicosis cocaínica.

A principios de 1980 la cocaína estaba considerada como una droga poco peligrosa, sin embargo, a partir de 1980 existe un aumento considerable del consumo, no siendo reservado para una élite y pasando a lo que se ha considerado la tercera epidemia en EE.UU.. La investigación neurobiológica, epidemiológica y clínica sobre la cocaína, desde entonces hasta nuestros días, apoya (DSM-IV) el concepto de abuso-dependencia, así como de peligrosidad del consumo.

FORMAS DE CONSUMO (tabla 1)

Clorhidrato de cocaína

Es la coca refinada. Se trata de un polvo blanco que puede esnifarse, fumarse con tabaco, disolverse en agua para inyectarse por vía intravenosa o aplicarse directamente en las mucosas.

Freebase (base libre)

Es clorhidrato de cocaína disuelta en una base fuerte (amoníaco o bicarbonato sódico). Produce formas básicas de aspecto gelatinoso que pueden fumarse por calentamiento.

Crack

Pariente de la base libre ya preparada para ser fumada en forma microcristalizada (piedras). Es me-

nos frecuente en España que en EE.UU., aunque su uso va en aumento.

La cocaína que se vende en España tiene una pureza de alrededor del 25-50%. El resto son adulterantes como azúcares (glucosa, lactosa, manitol) anestésicos locales (procaína, lidocaína) y otros (talco, anfetaminas, quinina y heroína).

Presentación	VIA	COMIENZO	EFFECT. MAX.	DURACION
Clorhidrato	Esnifada	3'-5'	15'-30'	45'-60'
	Intravenosa	Inmediato	7'	10'-20'
Free Base	Fumada	Inmediato	7'	≥ 10'
Crack	Fumada	Inmediato	7'	≥ 10'

Tabla 1. Formas de consumo de cocaína.

ESTADIOS EN LA PROGRESIÓN DE LA ADICCIÓN**Uso experimental**

Esta motivado por la curiosidad, invitación, presión social o por el deseo de compartir una experiencia placentera. Éste es el estadio de "Luna de miel". Dura más o menos dependiendo de la dosis y vía de administración.

Uso regular

La cocaína empieza a ser un hecho regular en el estilo de vida del sujeto, el cual planea su consumo en situaciones especiales (cumpleaños, feria, navidad...), que cada vez aparecen con más frecuencia. En algún momento se cruza la barrera invisible hacia la dependencia y el uso compulsivo.

Uso adictivo

Cuando una persona pierde el control sobre el uso de la cocaína y ya no puede escoger entre utilizarla o no, se ha convertido en un adicto. Según la NIDA la cocaína esnifada produce dependencia en más o menos 3 años. La adicción no se define por la frecuencia o la cantidad del consumo, sino por el papel que el consumo juega en la vida del individuo y por su relación patológica obsesiva con la droga.

CRITERIOS DIAGNÓSTICO SEGÚN DSM-IV-TR DE DEPENDENCIA

Un patrón desadaptativo de consumo de cocaína que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento del periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con el consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los ítems siguientes:
 - a. El síndrome de abstinencia característico de la cocaína.
 - b. Se toma cocaína o una sustancia parecida para evitar la abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de cocaína.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relaciona-

das con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia (por ejemplo consumir una y otra vez) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.

7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de cocaína (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de sentirse deprimido después, etc.)

CRITERIOS DE ENFERMEDAD

1. Diagnosticable (DSM-IV-TR).
2. Primaria y causante de otros trastornos médicos y psiquiátricos (HTA, insomnio, pérdida de peso, convulsivas, crisis ansiedad, depresión).
3. Predecible de uso progresivo. La enfermedad por cocaína es crónica, nunca remite y se hace progresivamente más severa si no se trata. Aunque llegue a mantenerse abstinente durante un largo tiempo, sufrirá de nuevo los síntomas de la adicción al contactar otra vez con la droga. Los adictos no tendrán una segunda "luna de miel" con la cocaína.
4. Tratable.

INTOXICACIÓN AGUDA

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de intoxicación por cocaína:

- A. Consumo reciente de cocaína.
- B. Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o afectividad embotada, aumento de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamientos estereotipados, deterioro de la capacidad de juicio o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.
- C. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína: taquicardia o bradicardia, dilatación pupilar, aumento o disminución de la tensión arterial, sudación o escalofríos, náuseas o vómitos, pérdida de peso demostrable, agitación o retraso psicomotores, debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas, confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma.
- D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

La sobredosis es más frecuente que aparezca por la vía intravenosa, aunque puede aparecer en cualquiera de las formas de consumo. Puede aparecer súbitamente la muerte por fallo cardíaco o shock, por fallo respiratorio y asfixia tras un cuadro convulsivo. En ocasiones la cocaína altera los mecanismos de termorregulación, provocando hipertermia con fiebre alta, convulsiones y muerte.

INTOXICACIÓN CRÓNICA

Hay diferentes factores que facilitan el uso crónico de la cocaína:

1. Rápido efecto y breve duración. La cocaína accede rápidamente al cerebro, produciendo una intensa euforia, pero el efecto desaparece rápidamente.
2. Crash. Tras la euforia aparece un estado de depresión y malestar. Esto hace aparecer un intenso deseo de volver a consumir, favoreciendo la cronicidad del consumo.
3. Tolerancia. Se van necesitando cada vez dosis más altas para conseguir el mismo efecto.

En todos los consumidores crónicos se alcanza un punto en que la cocaína ya no produce sensaciones placenteras, sino solamente sensaciones desagradables, pero la compulsión a reencontrar los efectos que recuerdan los impulsa a continuos e inútiles esfuerzos para conseguirlo.

EFFECTOS AGUDOS DE LA COCAINA

1. Sensación de bienestar. Euforia.
2. Mayor sensación de energía.
3. Mayor agudeza mental.
4. Menor fatigabilidad.
5. Mayor conciencia sensorial (visual, auditiva, táctil, sexual). Aumento de la autoestima y egocentrismo.
6. Prepotencia, agresividad, hiperactividad, insomnio.
7. Mayor ansiedad y desconfianza.
8. Anorexia.
9. Síntomas físicos de una descarga simpática generalizada: taquicardia, hiperglucemia, midriasis, hipertermia, vasoconstricción, etc.
10. Posibilidad de brote psicótico o ataque de pánico.
11. Crash (quebranto general y resaca depresiva).

EFFECTOS CRONICOS DE LA COCAINA

1. Depresión.
2. Disforia.
3. Experiencias alucinatorias.
4. Comportamiento antisocial y destructivo.

5. Irritabilidad.
6. Hipervigilancia.
7. Agitación psicomotriz.
8. Relaciones interpersonales deterioradas (aislamiento social).
9. Psicosis paranoide.
10. Impotencia en hombres, frigidez en mujeres.
11. Ataques de pánico, temor a una muerte inminente.
12. Euforia compulsiva.
13. Síndrome de abstinencia.
14. Politoxicomanía (alcohol y benzodiacepinas).

SINDROME DE ABSTINENCIA DE LA COCAINA

1ª fase de abatimiento o "crash"

Puede durar horas o días. Caracterizado por sintomatología depresiva, anergia, anhedonia (disminución o desaparición del placer), hiperfagia, somnolencia o insomnio, ansiedad, irritabilidad, confusión, disminución de la capacidad de concentración, mialgias, diaforesis, ideas autolíticas y paranoides y "craving" (intenso deseo de consumo).

2ª fase de abstinencia (semanas o meses)

Caracterizada primero por eutimia, pasando a disforia e incluso posteriormente síntomas depresivos mayores, anhedonia y anergia. Existen unos días en que el paciente tiene un estado eutímico de normalidad, sin embargo esto no dura mucho, apareciendo síntomas de ansiedad, irritabilidad y momentos de intensos deseos de los efectos euforizantes del consumo. Por eso, en este periodo de los 3 primeros meses hay una alta probabilidad de recaída.

3ª fase de extinción

Aparece un humor más normalizado. La sintomatología depresiva debe ir remitiendo paulatinamente. Es frecuente que tras meses de abstinencia aparezcan deseos periódicos de cocaína desencadenados por estímulos ambientales o tras consumos pequeños iniciales (apremio o "priming"). Por este motivo es tan importante que la abstinencia sea total.

TRATAMIENTO

Debido a que la interrupción del consumo de cocaína no implica un serio riesgo orgánico para el usuario, la mayoría de pacientes con abuso/dependencia de cocaína pueden ser tratados ambulatoriamente.

Pautas de tratamiento de adicción a cocaína

1. Abstinencia absoluta de cocaína.
2. Abstinencia de otras drogas psicoactivas.
3. Educación e información sobre la enfermedad adictiva.

4. Implicación familiar.
5. Trabajar prevención de recaídas.
6. Controles toxicológicos de orina teniendo muy presente que son controles con una utilidad terapéutica en ningún caso punitiva.
7. Tratamiento farmacológico.

Desintoxicación hospitalaria

Criterios de Derivación:

1. Fracaso reiterado en desintoxicación ambulatoria.
2. Presencia de patología orgánica severa.
3. Presencia de comorbilidad psiquiátrica grave en fase aguda.
4. Ausencia de soporte psicosocial.
5. Embarazo.
6. Dependencia física de alcohol o de otras drogas que exigen desintoxicación y supervisión médica estricta.
7. Si hay riesgo de suicidio, violencia o peligrosidad para sí o para otros.

Posteriormente se continuaría con el tratamiento ambulatorio.

Tratamiento del síndrome de abstinencia

Tratamiento sintomático de sus principales manifestaciones, que en múltiples ocasiones se acompaña de otras adicciones:

- Si hay predominio de sintomatología depresiva: ISRS (Fluoxetina, Paroxetina).
- Predominio de alta Impulsividad y craving: entimimizantes (Gabapentina, Topiramato, Oxcarbacepina, Lamotrigina).
- Predominio de autorreferencialidad: antipsicóticos, atípicos (Risperidona, Olanzapina).
- Predominio de insomnio: ISRS (Mirtazapina), antipsicóticos (Quetiapina), BZD de vida media larga.
- Predominio de ansiedad, irritabilidad, craving: antipsicóticos de perfil sedante a dosis baja y/o anticonvulsivos/eutimizantes y/o ISRS y/o BZD de vida media larga.

Hay que tener en cuenta que en muchas ocasiones no predomina un único síntoma sino varios. Por este motivo, debemos de realizar un tratamiento individualizado combinando más de un fármaco.

Deshabitación y prevención de recaídas

No siempre es necesario utilizar tratamiento farmacológico. Está indicado en pacientes con dependencia grave, un alto craving, en patrones muy compulsivos de uso, en pacientes que no responden al tratamiento psicosocial y en pacientes con abuso concomitante de otras sustancias principalmente alcohol.

Complicaciones	
Cardiovasculares	Cardiopatía Isquémica (Angina, IAM) HTA Arritmias Cardíacas Cardiomegalia Fibrilación Ventricular Rotura de Aorta
Neurológicas	Cefaleas Mareos Hemorragia cerebral Crisis comiciales (convulsiones) Hipertermia Apoplejía Migrañas
Respiratorias	Fallo respiratorio (disnea, asfixia) Edema Agudo de Pulmón Infiltrados pulmonares Neumotorax Bronquitis Trombosis pulmonar
Digestivas	Nauseas y vómitos Isquemia Intestinal Colitis
Musculares	Rabdomiolisis Infarto Muscular
Hepáticas	Hepatitis tóxica Necrosis hepática Hipertransaminasemia
Renales	Insuficiencia renal
O.r.l.	Sinusitis Perforación de tabique nasal
Metabólicas	Hipertermia Hipoglucemia Acidosis láctica Hipo o hiperkaliemia
Obstétricas	Aborto Parto prematuro
Pediatricas	Hipoxia Fetal Bajo peso Malformaciones congénitas Convulsiones neonatales
Psiquiátricas	Depresión Trastorno de ansiedad Conducta violenta Agresividad patológica Crisis de Pánico Alucinaciones Ideas Delirantes Cambios de personalidad Psicosis cocaínica Deterioro cognitivo global Alteraciones de la motivación, introspección y atención Desinhibición de la conducta Inestabilidad emocional Descontrol de los impulsos

Tabla 2. Complicaciones médicas del consumo de cocaína.

Si se asocia Cocaína y alcohol:

- Aumenta la pérdida de control del consumo, hay intoxicaciones más graves.
- Aumentan las cantidades consumidas por episodio.
- Débil o nula percepción de problema con el alcohol.
- El alcohol actúa como detonante del craving de cocaína.
- Mayor presencia de conductas violentas y de riesgo.

En la Deshabitación hay que controlar el craving y priming, disminuir el refuerzo, prevención de recaídas y tratar la patología dual. Los fármacos a utilizar son:

- Antidepresivos: ISRS, Trazodona, Mirtazapina.
- Neurolépticos atípicos: Olanzapina, Risperidona, Quetrapina, Aripiprazol.
- Nuevos anticonvulsivos eutimizantes. Control de craving, impulsividad, disforia, control de la recaída, mayor retención: Gabapentina (1200mg), Topiramato (inicio 50mg, escaladas semanales de 50mg hasta dosis de 100/200mg), Oxcarbacepina (600-1200mg).
- Fármacos para control de alcohol: Disulfiram, Naltrexona.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero Martínez L. Adicción a cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson; 2002.
- Pérez Morales L, Reyes Rodríguez MJ, Fernández JF. Cocaína: Adicción y Terapéutica. Madrid: Biblioteca Básica Dupont Pharma para el Médico de Atención Primaria; 2000.
- Washton AM. La adicción a la cocaína. Tratamiento, recuperación y prevención. Barcelona: Paidós; 1995.
- González JC, Poyo F. Manual práctico sobre manejo de Adicciones y Patología Asociada. 2003
- Tratado SET de Trastornos Adictivos (Sociedad Española de Toxicomanías). Madrid: Médica Panamericana; 2006.

Litiasis Renal

Clotilde Boix Gras^a, Jesús López-Torres Hidalgo^b, Luis Álvarez Dumont^c,
M^a Carmen Vázquez Céspedes^d, Esther Romero Herreros^e,
María Dolores Jiménez López^f, Juan Luis López Carrasco^g

^a Médico de Familia.
Unidad Docente de Medicina
Familiar y Comunitaria de
Albacete.

^b Médico de Familia.
Área de Investigación,
Docencia y Formación
del Servicio de Salud de
Castilla-La Mancha.

^c Médico de Familia. Centro de
Salud de Riopar (Albacete).

^d Enfermera. Servicio de
Urgencias de Atención
Primaria (Albacete).

^e Médico de Familia.
Residencia de Mayores Vasco
Núñez de Balboa (Albacete).

^f Médico de Familia. Servicio
de Urgencias de Atención
Primaria (Albacete).

^g Médico de Familia.
Centro de Salud Zona 2
(Albacete).

Correspondencia:
Clotilde Boix Gras. Unidad
Docente de Medicina
Familiar y Comunitaria de
Albacete, C/ D. Guardiola, 15,
Entreplanta, 02001 Albacete.
Tfno.: 967225742,
e-mail: cboix@sescam.org.

Recibido el 13 de marzo de
2007.

Aceptado para su publicación
el 19 de mayo de 2007.

RESUMEN

La nefrolitiasis se caracteriza por la aparición de cálculos en el aparato urinario superior (parénquima renal, cálices, pelvis o uréter). El cólico nefrítico es la forma de presentación más común y aparece cuando el cálculo se desprende o se rompe, depositándose en el sistema colector del riñón, lo cual aumenta la presión intraluminal y provoca el cuadro doloroso.

Cualquiera que ha sufrido un cólico renal aprecia la importancia de un tratamiento precoz y de la aplicación de medidas preventivas, todo lo cual constituye una responsabilidad del médico de atención primaria.

Después de un primer episodio de litiasis renal, el 50-60% de los pacientes ha presentado un segundo episodio a los 10 años. El médico de familia es el más apropiado para indicar las recomendaciones para la prevención de las recidivas de litiasis renal y realizar el seguimiento.

Palabras clave. Litiasis renal, cólico nefrítico.

ABSTRACT

Nephrolithiasis

Nephrolithiasis is characterised by the presence of stones in the upper urinary tract (renal parenchyma, calyces, pelvis or ureter). Nephritic colic is the most common symptom and appears when the stone becomes detached or breaks up and is deposited in the kidney collection system. This increases intraluminal pressure and provokes pain.

Anyone who has suffered renal colic will appreciate the importance of early treatment and the taking of preventative measures. This is the responsibility of the primary care doctor.

After the first kidney stone attack, 50 – 60% of patients have a second attack within 10 years. The family doctor is the most suitable person to advice the patient on the prevention of recurrence of kidney stones and to follow up the patient.

Key words. Nephrolithiasis, renal colic

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La nefrolitiasis se caracteriza por la aparición de cálculos en el aparato urinario superior (parénquima renal, cálices, pelvis o uréter). El cólico nefrítico es la forma de presentación más común y aparece cuando el cálculo se desprende o se rompe, depositándose en el sistema colector del riñón, lo cual aumenta la presión intraluminal y provoca el cuadro doloroso.

Desde el punto de vista etiopatogénico, la formación de un cálculo pasa por la génesis de un núcleo que permaneciendo en la vía urinaria pueda crecer mediante la agregación de cristales o partículas cristalinas. Este crecimiento supone un mecanismo multifactorial en el que influyen factores como la edad, el sexo o la raza, y otros también generales, como estado nutricional, estado de hidratación, clima, etc.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La enfermedad afecta anualmente al 0,2% de la población. La recurrencia en la formación de cálculos en personas no tratadas es del 15% en un año, alrededor del 50% al cabo de 5 años y del 80% a los 25. A lo largo de los últimos cien años se

ha observado que la incidencia aumenta coincidiendo con los periodos de mayor desarrollo económico y en los países más industrializados, probablemente en relación con hábitos dietéticos como baja ingesta de líquidos, excesiva ingesta de proteínas, sal y oxalatos (verduras, frutos secos, chocolate, salsa de tomate, mermeladas, etc.). La prevalencia en estos últimos oscila entre el 1 y el 10% (en España es del 4,16%), siendo los cálculos de oxalato cálcico en el 60-80% de los casos. Existen en nuestro país alrededor de 1.600.000 pacientes litiasicos, con 105.000 nuevos casos al año. El 60-70% se solucionan espontáneamente (expulsión del cálculo) y el 30-40% restante precisa actuación urológica, entendiéndose como tal la litotricia extracorpórea, cirugía endoscópica, cirugía abierta o combinaciones de ellas.

El 55% de los pacientes con cálculos recurrentes tiene una historia familiar de nefrolitiasis, por tanto la identificación de una incidencia familiar de cálculos es útil ya que indica un incremento en el riesgo de recurrencias.

FACTORES DE RIESGO

Cualquiera que ha sufrido un cólico renal aprecia la importancia de un tratamiento precoz y de la aplicación de medidas preventivas, todo lo cual constituye una responsabilidad del médico de atención primaria.

La formación de cálculos es tres veces más frecuente en los hombres, relacionado con una menor excreción de citrato urinario. La realización de vasectomía se ha correlacionado con un aumento de litiasis renal en varones menores de 46 años. Predisponen a la formación el clima cálido (reducido volumen urinario), la exposición al sol y los trabajos extenuantes.

La mayor parte de las veces no se identifica causa alguna ni existe enfermedad de base. Es muy baja la frecuencia de casos secundarios a enfermedades como hiperparatiroidismo, acidosis tubular renal, cistinuria, trastornos mieloproliferativos, sarcoidosis, enfermedad de Crohn, by-pass yeyuno-ileal o infecciones recurrentes del tracto urinario. También es infrecuente tras circunstancias como inmovilización prolongada o abuso de laxantes, aunque en casos de múltiples recurrencias hay que considerar estas posibilidades. Es discutido el papel de fármacos como AAS y tiazidas. Otros fármacos posiblemente implicados son: diuréticos de asa, antiácidos, acetazolamida, corticoides, teofilinas, alopurinol y vitaminas D y C.

CÓLICO NEFRÍTICO

Sintomatología

Es la presentación clínica más frecuente. Las manifestaciones dependen de la presencia, tamaño y localización de los cálculos. Estos quedan con frecuencia atrapados en las zonas donde cambia el calibre de la vía urinaria, como la unión ureteropélvica y ureterovesical. Se caracteriza por:

• Dolor: agudo, unilateral, en región abdominal o lumbar, tipo cólico, lancinante, severo, irradiado a genitales. A medida que desciende por el uréter suele migrar caudal y medialmente. No se alivia con cambios posturales.

• Síntomas acompañantes: generalmente síntomas vegetativos (inquietud, náuseas y vómitos, sudoración). A veces polaquiuria, tenesmo y disuria.

• Complicaciones:

- Cólico nefrítico séptico: cuando hay infección acompañante. A los síntomas anteriores se añaden fiebre y alteraciones hematológicas.

- Cólico nefrítico anúrico: cuando aparece en individuos con monorrenia anatómico-funcional o más raramente de forma bilateral.

Otras formas de presentación: litiasis asintomática, hematuria micro-macroscópica, arenilla y cristales urinarios.

Exploración física

- Puño percusión en fosa renal positiva.
- Constantes vitales para excluir signos sugerentes de complicaciones: infección, obstrucción, shock...

Diagnóstico diferencial

- Patologías genitourinarias: tumores, pielonefritis, trombosis vena renal, abscesos, epididimitis, prostatitis.
- Patología abdominal: apendicitis aguda, diverticulitis aguda, ileítis aguda, trombosis mesentérica, cólico biliar, pancreatitis aguda, isquemia intestinal, obstrucción intestinal.
- Patología ginecológica: embarazo ectópico, salpingitis, torsión de quistes ováricos.
- Patología cardiovascular: rotura o disección de aneurisma aórtico, isquemia miocárdica aguda, hematoma retroperitoneal.
- Dolor músculo esquelético y neurológico.

Exploraciones complementarias

- Analítica de orina y/o tira reactiva: la hematuria confirma el diagnóstico de cólico nefrítico. El 14% de cólicos nefríticos no presentan hematuria. Se deben de considerar otros orígenes del dolor antes de etiquetarlo de cólico nefrítico. La clínica es suficiente para actuar si no disponemos de analítica de orina ni de tira reactiva. La analítica de orina puede orientar el diagnóstico, al identificar cristales, bacterias y/o piuria.
- Urocultivo: no está indicado.
- Análisis de sangre: no indicado en fase aguda, ya que incluso con función renal normal no se descarta obstrucción.

- Técnicas de imagen: se recomienda realizar estudios radiológicos a los 7 días del cólico, siempre que no haya motivo de derivación urgente.

TRATAMIENTO

El tratamiento inicial va encaminado al control del dolor

- Analgésicos.
 - Diclofenaco 75 mg. intramuscular (calma el dolor en 20-30 minutos y disminuye la derivación a urgencias).
 - Ketorolaco 30 mg. intramuscular es igual de efectivo que diclofenaco.
 - Metamizol intramuscular no ha demostrado ser más efectivo que diclofenaco.
 - Los AINES constituyen el tratamiento de elección, disminuye la producción de prostaglandinas y la presión ureteral y por tanto, el dolor del colico nefrítico.
 - El tratamiento con diclofenaco oral durante 7 días disminuye el número de recidivas y las derivaciones a urgencias si comparamos con la opción de solo tratar si hay dolor.
 - Los opioides se han demostrado igual de efectivos que los AINES pero con mayores efectos secundarios, sobre todo de vómitos.
 - Si tras una hora la analgesia no ha sido efectiva y si la clínica es típica, se puede repetir. Si no cede el dolor se valorará la derivación a urgencias.
- La sobrehidratación favorece la columnización ureteral con pérdida de la eficiencia de la peristalsis y en la fases inicial sobrecarga la función renal. No existen estudios que demuestren que aumentar la ingesta hídrica durante el cólico nefrítico modifique su evolución. Se aconseja filtrar la orina para identificar la expulsión del cálculo.
- Ansiolíticos. El diazepam puede ser beneficioso.
- Antieméticos. Administración de metoclopramida en caso de nauseas y vómitos.

Derivación al hospital

- Cuando la analgesia no haya sido efectiva en 1 hora, por el riesgo de afectación de la función renal debido a la obstrucción persistente.
- Nauseas refractarias al tratamiento.
- Fiebre, infección o anuria.
- Enfermedades debilitantes.
- Mayores de 60 años.
- Embarazadas.
- Riñón único funcionante.
- Causas que limiten la analgesia como úlcera duodenal, sangrados, etc. Puede utilizarse protección gástrica o tratar con Metamizol.

LITIASIS RENAL

Exploraciones complementarias en litiasis renal

- Práctica clínica diaria.
 - Tira reactiva de orina.
 - Prueba de imagen.
 - Rx abdomen: sospecha de litiasis cálcica y ureteral.
 - ECO reno-vesical o urografía IV: tras primer episodio de cólico nefrítico.
 - Se recomienda realizar los estudios de laboratorio a los 3 meses del episodio agudo, una vez la disminución transitoria de la función renal por la obstrucción esté resuelta y el paciente haya retomado su hábito alimenticio normal.
- Estudio metabólico básico: sedimento de orina, urocultivo, uricemia, calcemia y análisis cristalográfico del cálculo si se recupera.
- Estudio metabólico extendido: se recomienda sin evidencia, por consenso, a determinados grupos de pacientes: menores de 40 años, litiasis múltiple, litiasis recidivante y pacientes con factores predisponentes. No suele realizarse sistemáticamente, ya que tiene poca repercusión en el manejo de los pacientes. Consiste en un estudio ambulatorio de:
 - Concentración en sangre de calcio, fosfato, ácido úrico, creatinina, sodio, potasio, cloro, magnesio, fosfatasa alcalina, tiroxina y parathormona (PTH), si se detectan valores elevados de calcio en sangre.
 - Urocultivo.
 - Volumen urinario de 24 horas con excreción de calcio, oxalato, citrato, fosfato, urea, creatinina, potasio, sodio y magnesio.
 - pH urinario en diferentes muestras de diferentes días (pH > 7.5 típicos de litiasis infecciosa, < 5 son frecuentes en la úrica).
 - Cuantificación de calciuria. Se realiza dieta libre hipocálcica durante 4 días; el 4o día se recoge la orina de 24 horas, que se entrega al laboratorio la mañana del 5º. También se realiza extracción de sangre y test de sobrecarga oral cálcica.
 - Prueba de acidificación urinaria o de carga de cloruro amónico, importante en el diagnóstico de acidosis tubular renal.
 - Análisis mineralógico del cálculo. Determinar su composición si se obtiene el cálculo:
 - Oxalato cálcico monohidrato (OCM) y oxalato cálcico dihidrato (OCD): suponen el 60-80% de las litiasis renales. Los cálculos de OCM aparecen en alteraciones del urotelio y déficit de inhibidores y los de OCD en hipersaturación urinaria o exceso de sales. Son factores favorecedores de su apa-

rición la hipercalciuria idiopática, hiperoxaluria, hipocitraturia, hiperuricosuria, hipomagnesiuria y bajo volumen urinario.

- Fosfato cálcico: son el 4% de los cálculos renales. Indican déficit de la capacidad de acidificación de la orina. Favorecen su aparición, un pH > 6.5, las acidosis tubulares renales, la ingestión de sustancias alcalinas y el hiperparatiroidismo primario.
 - Ácido úrico: suponen el 15-20%. Su etiopatogenia es la hiperuricemia y cavidades renales de baja eficacia urodinámica. Son factores favorecedores un pH urinario < 6, volumen urinario reducido, enfermedades mieloproliferativas, lisis tumoral, psoriasis, hiperuricosuria (> 800 mg/24 h), hiperuricemia y fármacos como tiazidas, salicilatos y probenecid.
 - Cistina: son calculos coraliformes. Suponen el 0.5% del total de litiasis. Se deben a trastornos genéticos con mecanismo anormal de transporte en el túbulo renal y en el tracto intestinal de cistina, arginina, ornitina y lisina. Favorece su aparición la orina ácida (pH < 5-5.3).
 - Fosfato amónico magnésico ó estruvita: calculos coraliformes. Suponen el 14% de las litiasis. La etiopatogenia es la precipitación de fosfato, magnesio y amonio (triple sal) favorecida por un pH alcalino > 7.5, presencia de bacterias ureasa +, sexo femenino y patologías con riesgo aumentado de infección urinaria.
- **Diagnóstico por imagen.**
- Rx abdomen: accesible y barata. Util en radiopacos: componente cálcico, oxalato, fosfato y carbonato. Menos útil en cistina e inútil en ácido úrico y xantina. Presenta dificultad en visualizar litiasis ureterales y calcificaciones extraurinarias. Sensibilidad 45-59%, especificidad 71-77%.
 - Ecografía reno vesical: accesible. Detecta presencia y grado de hidronefrosis y litiasis renal (tamaño hasta 2 mm.). Tiene dificultad en visualizar litiasis en uréteres. No se puede tener constancia de la función renal. Sensibilidad 37-93%, especificidad 75-80%.
 - Radiografía simple mas ecografía reno-vesical: aumenta la sensibilidad a 89-94% y la especificidad a 94-100%.
 - Pielografía intravenosa: accesible. Informa de la anatomía y función renal y permite evaluar el grado de hidronefrosis y de parénquima renal restante. Usa contraste y requiere preparación previa. Tiene mala visualización en causas no genitourinarias. Sensibilidad 52%, especificidad 92-94%.
 - TAC helicoidal: se visualizan signos directos e indirectos de obstrucción. Los directos son el hallazgo del cálculo y el edema circundante; los secundarios son la hidronefrosis o el hidroureter,

la presencia de líquido o bandas perirrenales y la nefromegalia. Informa de causas no genitourinarias. Es caro. No proporciona una medida directa de la función renal. Sensibilidad 95-100%, especificidad 94-96%.

Tratamiento de la litiasis renal

Se recomienda la observación con evaluación periódica como actuación inicial ante una litiasis ureteral proximal o distal con alta probabilidad de expulsión espontánea y en el que los síntomas estén controlados.

- Abstención terapéutica en los cálculos caliciales o en divertículos caliciales asintomáticos y no infectados.
- Las litiasis de menos de 5 mm. de diámetro tienen más probabilidad de ser expulsadas espontáneamente en el 98% de los casos y se recomienda tratamiento conservador y estrecha vigilancia.
- Las litiasis de 5-10 mm. de diámetro se expulsan espontáneamente el 50% de las veces.

Criterios de derivación a atención especializada

- Litiasis de 5-10 mm. de diámetro con intolerancia al dolor o múltiples visitas a urgencias. Opciones terapéuticas:
 - Litotricia: litiasis renales menores de 20 mm.; litiasis ureterales menores de 10mm.
 - Nefrolitotomía percutánea.
 - Ureteroscopia.
 - Ureterorenoscopia.
- Dolor persistente por cálculo no expulsado después de 2-4 semanas de observación.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN LITIASIS RECIDIVANTES

Después de un primer episodio de litiasis renal, el 50-60% de los pacientes ha presentado un segundo episodio a los 10 años. El medico de familia es el más apropiado para indicar las recomendaciones para la prevención de las recidivas de litiasis renal y realizar el seguimiento.

Las recomendaciones generales son las siguientes:

- Aumentar el volumen de orina a 2-2.5 litros/día, lo cual requiere una ingesta de líquidos de 2.5 a 3 litros/día, que debe incrementarse cuando aumenta la sudoración (por ejemplo temperaturas elevadas o ejercicio físico). Una parte de los líquidos se deben ingerir en las últimas horas del día ya que la concentración urinaria aumenta durante el sueño. Los pacientes deben entender el concepto de que aumentar el volumen de orina diluye sus componentes y disminuye el riesgo de formación de cálculos.

Se les debe recomendar que midan ocasionalmente el volumen de orina para comprobar que llegan al objetivo deseado. El agua es la bebida preferentemente recomendada. Los zumos cítricos también son aconsejables ya que aumentan la excreción de citratos que contribuyen a disminuir la formación de cálculos.

- Restricción de proteínas animales. La excesiva ingesta de estas proteínas se asocia a hiperuricosuria, una condición presente en algunos cálculos de ácido úrico. Además, el ácido úrico presente en orina disminuye la solubilidad del oxalato cálcico, por lo que contribuye a la formación de cálculos de esta etiología.
- Restricción de sodio, ya que al aumentar la eliminación de sodio en orina aumenta la excreción de ácido úrico y disminuye la excreción de citratos.
- Aunque la restricción de oxalatos no previene la formación de cálculos, los pacientes deben ser interrogados acerca de la ingesta excesiva de alimentos ricos en oxalatos como nueces, chocolate y vegetales de hoja oscura.
- La reducción de calcio en la ingesta no ha demostrado reducir la formación de cálculos.

Según la etiología de los cálculos las recomendaciones son las siguientes:

• Litiasis cálcica.

- Aumentar la ingesta de líquidos.
- En pacientes con hipercalcemia:

- Restricción de proteínas, oxalatos y sodio, no restricción del calcio de la dieta.
- En ocasiones es necesario el tratamiento con fármacos: tiazidas a dosis de 25 a 50 mg/día asociadas a citrato potásico. En otros casos amiloride.
- En pacientes con hipocitraturia:
- Restricción de proteínas y sodio.
- Suplementos de citrato potásico (citrato sódico si el anterior no se tolera).
- En pacientes con hiperoxaluria:
- Restricción de oxalatos de la dieta, si la ingesta era excesiva.
- En pacientes con hiperuricosuria:
- Restricción dietética de purinas.
- Alopurinol.

• Litiasis de ácido úrico.

- El aumento de la ingesta de líquidos es menos importante en este tipo de litiasis que en las cálcicas.
- En pacientes con un pH urinario bajo (< de 6) recomendaremos:
- Restricción dietética de proteínas y sodio.
- Alcalinizar la orina con citrato potásico.
- En pacientes con hiperuricosuria:
- Restricción dietética de proteínas y sodio.
- Alcalinizar la orina con citrato potásico.
- Alopurinol en determinadas situaciones.

Factores de riesgo de nefrolitiasis

- Género masculino: los hombres constituyen aproximadamente 2/3 de los formadores de cálculos.
- Edad: el riesgo se incrementa hasta los 65 años.
- Bajo volumen urinario.
- Factores ocupacionales o situaciones: inadecuado acceso o facilidad para ir al cuarto de baño o para beber agua, exposición al calor o al sol, intensa actividad física.
- Enfermedad intestinal.
- Factores geográficos: sudeste de EEUU, países mediterráneos y de Oriente Medio.
- Factores hereditarios y desórdenes o enfermedades: enfermedad renal poliquística, acidosis tubular renal, hiperparatiroidismo, cistinuria, hipocitraturia, hipercalcemia, riñón meduloesponjoso, infección renal, insuficiencia renal
- Factores dietéticos: elevada ingesta de proteínas, hidratos de carbono refinados, sal u oxalato, baja ingesta de calcio y de fibra.
- Hipercalcemia: hipercalcemia (hiperparatiroidismo, sarcoidosis), elevada absorción intestinal de calcio, eliminación renal de calcio o fosfato, reabsorción ósea de hueso.
- Hiperuricosuria: riesgo incrementado para cálculos de calcio o urato.
- Hiperoxaluria: hiperoxaluria primaria, ingesta de oxalatos, hiperoxaluria entérica.
- Hipocitraturia: elevada ingesta proteica, hipocitraturia idiopática.
- Acidosis: acetazolamida, acidosis tubular renal, enfermedad intestinal.

Tabla 1. Factores de riesgo de nefrolitiasis.

SITUACIONES ESPECIALES

Embarazo

El cólico renal en la embarazada no es frecuente, pero puede presentar problemas en su manejo y errores en el diagnóstico. Habitualmente se presenta con dolor en flancos con igual distribución derecha e izquierda. La hematuria, más frecuentemente microscópica, es casi universal. El diagnóstico diferencial debe hacerse con embarazo ectópico, apendicitis, diverticulitis, pielonefritis y desprendimiento de placenta.

La ecografía se emplea para el diagnóstico de causas ginecológicas, visualización de cálculos y de hidronefrosis. Si no se ven litiasis, se debe realizar una pielografía intravenosa con limitación de la secuencia para minimizar la exposición del feto.

La mayor parte se eliminan espontáneamente y las pacientes sólo requieren analgesia y fluidoterapia. En los casos en los que es necesaria la intervención quirúrgica, la cistoscopia e inserción de stent ureteral es la técnica de elección, tiene menos complicaciones para el feto y la madre, proporciona el cese del dolor y la obstrucción ureteral y puede ser realizada con anestesia local. Las pacientes embarazadas que presenten clínica de cólico renal deben ser valoradas por el ginecólogo para descartar causas obstétricas y el manejo debe ser realizado por el urólogo.

Edad infantil

La litiasis renal es una entidad infrecuente en la infancia. Todos aquellos procesos malformativos o infecciosos que provoquen una alteración/enlentecimiento del flujo urinario predisponen a presentar una litiasis, así como los factores personales de cada paciente como el pH urinario o los trastornos metabólicos. El dolor es el síntoma más importante en el niño. Puede ser difuso, en fosa renal o en periné. En el lactante y niño pequeño son síntomas más inespecíficos como irritabilidad, llanto, emisión de orina oscura, trastornos gastrointestinales o fiebre si existe infección asociada.

Aparte de la clínica, el cálculo puede dar tres tipos de complicaciones:

- Las mecánicas dependen de la localización, sobre todo a nivel de la unión pieloureteral o del tercio inferior del uréter.
- Las infecciosas pueden aparecer en cualquier momento. El germen más frecuente es el *Proteus mirabilis*.
- La afectación parenquimatosa está en relación con la frecuencia de la litiasis y de las infecciones urinarias asociadas.

Los métodos diagnósticos, por orden de utilización, son: Rx simple, ecografía renal, urografía intravenosa

(valora el grado de obstrucción), urografía ascendente (para localizar pequeños cálculos ureterales no visibles que provocan obstrucción y obligan a cateterizar el uréter) y uroresonancia.

El tratamiento va encaminado a la eliminación del cálculo. La litotricia puede ser por ondas de choque, por ultrasonidos o por láser. La primera es la más extendida y con más experiencia en pediatría. En general, se requiere sedación e intubación en los niños pequeños o lactantes y, tras la sesión, hidratación vía intravenosa y antibioterapia. El éxito de la litotricia está en relación inversa a la edad del niño, al tamaño de cálculo y a la existencia de infección urinaria interrecurrente. Medidas generales: en casos de hipercalciuria es útil el tratamiento con tiacidas a 0.5-1 mg/Kg/día en una sola dosis.

El tratamiento del cólico nefrítico incluye:

- Dieta absoluta.
- Perfusión con suero glucosalino.
- Medicación: diclofenaco 1 mg/Kg IM (en > 12 años o peso > 50 Kg 50 mg). Repetir la dosis si no cede en 30 minutos. Si fracasa: meperidina 1-1.5 mg/Kg/dosis IV o IM (en > 50 Kg 50-150 mg). El tratamiento coadyuvante y de mantenimiento se hará con metamizol (10-20mg/Kg/dosis cada 6 horas IV, IM o VO y en > 50 Kg 2 g/8-12 h) o n-butilbromuro de hioscina (5-10 mg/8 h IV, IM o VO y en > de 12 años 20 mg/8h).

El tratamiento con desmopresina intranasal a dosis de 10-20 mg en dosis única podría ser el primer fármaco ya que inhibe la síntesis de prostaglandinas implicadas en el mecanismo de dolor cólico en relación con el aumento de presión ureteropélvica secundaria al aumento de la diuresis.

Pacientes transplantados o monorrenos

La litiasis urinaria es una complicación rara del trasplante renal con una incidencia del 1-2%. Su etiología es multifactorial: la infección urinaria recurrente, la obstrucción del tracto urinario, la presencia de cuerpos extraños en contacto con la orina que actúan como matriz del cálculo (suturas irreabsorbibles, catéteres), factores metabólicos y fármacos como la ciclosporina A (uricosuria) o la transferencia con el propio injerto.

Desde el punto de vista del tratamiento, dado que son pacientes con un riñón único funcional, la agresión a la que éste debe ser sometida debe ser la menor posible siendo el manejo endourológico una alternativa terapéutica en aquellos casos refractarios a la litotricia extracorpórea por ondas de choque.

BIBLIOGRAFÍA

- Arrabal M, Conte A, Lancina A, Ozonas M, Rousseaud A. Aspectos económicos del tratamiento de la litiasis renal. *Actas Urol* 1995; 19: 486-513.
- Arrabal Martín M. Estudio bioquímico de la litiasis urinaria. *Jano* 2001; 60(1372): 63-70.
- Bhairvi K, Trivedi MD. Nephrolithiasis. How it happens and what to do about it. *Postgrad Med* 1996; 100 (6): 63-78.
- Camacho Díaz JA, Giménez Llorc A, García García L. Litiasis renal. *Protocolos de la Asociación Española de Pediatría*. [Fecha de consulta 20 - 10 - 2004]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos>.
- Cante Visús A. Tratamiento médico de la litiasis urinaria. *Jano* 2001; 60(1384): 45-48.
- De Fata Chillón R, Nuñez Mora F, García Mediero C. Tratamiento endourológico percutáneo de litiasis ureteral obstructiva en injerto renal. *Actas Urol Esp* 2003; 27 (1): 39-42.
- Edwards JE, Meseguer F, Faura C, Moore RA, McQuay HJ. Single dose dipyrrone for acute renal colic pain. *Cochane Database Syst Rev* 2002. [Fecha de consulta 20 - 10 - 2004]. Disponible en: <http://www.update-software.com/clibplus/>.
- Fábregas M, Solórzano Y, Aragonés R. La litiasis renal y el cólico nefrítico. En: *Guías Clínicas*. [Internet]. *Fisterra.com*. Atención Primaria en la Red. [Fecha de consulta 30 - 09 - 2004]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
- Goldfarb DS, Coe FI. Prevention of recurrent nephrolithiasis. *Am Fam Physician* 1999; 60 (8): 2269-2276.
- Hatsiopoulou O, Dawson C. Managing renal stone disease. *Practitioner* 2003; 247 (1652):840-2.
- Holdgate A, Pollock T. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (nsaids) versus opioids for acute renal colic. *Cochane Database Syst Rev* 2003. [Fecha de consulta 30 - 09 - 2004]. Disponible en: <http://www.update-software.com/clibplus/>.
- Miller N, Lingeman J. Management of Kidney stones. *BMJ* 2007; 334: 468-472
- Ramello A, Vitale C, Marangella M. Epidemiology of nephrolithiasis. *J Nephrol* 2000; 13 Suppl 3: S45-S50.
- Sánchez-Celaya M, Sánchez MD, Alonso E. Litiasis urinaria. *AMF* 2005; 1(5): 245-256.
- Segura JW, Preminger GM, Assimos DG, Dretler SP, Kahn RI, Lingeman JE, et al. Nephrolithiasis Clinical Guidelines Panel summary report on the management of staghorn calculi. The American Urological Association Nephrolithiasis Clinical Guidelines Panel. *J Urol* 1994; 151(6): 1648-51.
- Teichman JM. Acute Renal Colic from Ureteral Calculus. *N Engl J Med* 2004; 350:684-93.
- Wright PJ, English PJ, Hungin AP, Marsden SN. Managing acute renal colic across the primary-secondary care interface: a pathway of care based on evidence and consensus. *BMJ* 2002; 325: 1408-12.

Urticaria Pigmentosa

Isabel Cuartero Del Pozo^a, M^a del Carmen Escudero Cantó^a,
Blanca Alfaro Ponce^a, Elena Balmaseda Serrano^a

^a Servicio de Pediatría.
Complejo Hospitalario
Universitario de Albacete.

Correspondencia:
Isabel Cuartero del Pozo.
C/ Yeste, 7, escalera. 1^a, 4^o B,
02002 - Albacete.
Tfno.: 967671926,
e-mail: acuartero2@hotmail.com

Recibido el 16 de marzo de
2007.

Aceptado para su publicación
el 19 de abril de 2007.

RESUMEN

La proteína de la leche de vaca es el primer alimento no homólogo introducido en la dieta durante la infancia. Es una de las causas más frecuentes de alergia alimentaria en niños y está implicada en reacciones de hipersensibilidad como exantemas y urticaria. Se deben considerar en el diagnóstico diferencial otras causas menos frecuentes de lesiones cutáneas en niños.

La mastocitosis es una rara enfermedad, caracterizada por el aumento de mastocitos en los tejidos, que puede producir alteraciones tanto sistémicas como cutáneas. En pacientes pediátricos la forma cutánea más frecuente es la urticaria pigmentosa, donde el acúmulo anormal de mastocitos se limita a la piel y los pacientes están asintomáticos o presentan mínima afectación.

Palabras clave. Urticaria Pigmentosa.

ABSTRACT

Urticaria Pigmentosa

Cow's milk is usually the first foreign protein introduced into an infant's diet. It is one of the most common food allergies in young children and has been implicated in several hypersensitivity reactions such as rashes and urticaria. Other less frequent causes of rashes in children should also be considered in the differential diagnosis.

Mastocytosis is a group of rare disorders, both cutaneous and systemic, that are characterized by an increased numbers of mast cells in the tissues and organs. In paediatric patients, cutaneous involvement is most prevalent in the form of urticaria pigmentosa, abnormal mast cell accumulation is limited to the skin which is typically asymptomatic or only slightly affected.

Key words. Urticaria Pigmentosa.

INTRODUCCIÓN

La leche de vaca, suele ser el primer alimento no homólogo que se introduce en la dieta en cantidades importantes. Por ello, no es de extrañar que, en la primera infancia, sea el alimento que produce mayor número de reacciones alérgicas y el que más se relaciona con la aparición de lesiones urticariformes. Aunque la incidencia de alergia a proteínas de leche de vaca varía entre el 0,36% y el 1,9 % en el primer año de vida^{1,2}, hay que tener en cuenta otras causas menos frecuentes de lesiones cutáneas maculopapulosas en lactantes.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se presenta el caso de un niño, de 4 meses de edad, remitido a la consulta para descartar alergia a proteínas de leche de vaca. Presentaba desde los 2 meses de edad exantema máculo-papuloso generalizado no pruriginoso, coincidiendo con la introducción en la dieta de una fórmula adaptada. La lesiones eran constantes, y cambiantes, sin periodos libres de pápulas. Realizaba una dieta exenta de leche de vaca, pese a lo cual habían persistido las lesiones.

Antecedentes personales: embarazo normal, parto mediante cesárea, periodo neonatal normal, peso al nacimiento de 2.650 g., meconiorrexis en primeras 24 horas, detección de metabopatías negativa, lactancia materna exclusiva hasta el tercer mes, desarrollo psicomotor normal e inmunizaciones según calendario. Antecedentes familiares: madre de 29 años, GAV 2/0/2, eczema en pies, sin otra sintomatología alérgica, padre de 30 años y un hermano de 5 años sanos.

Examen físico: peso 6.050 g. (P-10), longitud 0,620 m. (P-33), perímetro cefálico 41,0 cm. (P-22), buen estado general, desarrollo pondero-estatural normal, dermatografismo generalizado. Se observaron numerosas lesiones pigmentadas maculo-papulosas de tamaño y coloración variable. Eran generalizadas, respetando palmas, plantas y cara, con piel sana interlesional (Figuras 1 y 2), signo de Darier positivo, cabeza y cuello normales. Exploración ORL sin alteraciones significativas, tórax normal, en auscultación pulmonar buena ventilación bilateral, eupneica, no masas ni visceromegalias, exploración neurológica normal, signos meníngeos negativos y aparato musculoesquelético y sistema urinario normales.

Se realizó biopsia cutánea, donde se apreció un marcado aumento del número de mastocitos de aspecto normal alrededor de los vasos sanguíneos.

DISCUSIÓN

La mastocitosis es una enfermedad que se caracteriza por la infiltración anormal de mastocitos en los tejidos. La clínica es muy variable y depende del grado de acúmulo de mastocitos en los diferentes órganos y del efecto producido por la liberación de sus mediadores³. La forma más frecuente de presentación en niños es la urticaria pigmentosa, que se caracteriza por la presencia de máculas generalizadas de color eritemo-marrón, variables en número y tamaño y sin

afectación sistémica. Es patognomónica la presencia de un signo de Darier positivo, que consiste en la aparición, ante una suave fricción de la lesión, de eritema e hinchazón local pruriginosos, producido por la degranulación de los mastocitos. El dermatografismo positivo en la piel normal es frecuente^{3,4}.

La urticaria pigmentosa afecta sobre todo a lactantes y niños. Las lesiones pueden estar presentes al nacer, pero con mayor frecuencia evoluciona a brotes durante los primeros meses de vida hasta los dos años de edad. El diagnóstico diferencial incluye diversas patologías⁵ como urticaria crónica, alergia alimentaria, erupciones por fármacos, enfermedades ampollas infantiles, incontinencia pigmenti, sarcoidosis, histiocitosis, picaduras de insectos, etc. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia de piel⁶.

En nuestro paciente se introdujo de nuevo en su dieta la proteína de leche de vaca sin incidencias. Aunque poco frecuente, es importante pensar en esta patología en lactantes con lesiones tipo urticariforme, sobre todo si se acompañan de un signo de Darier positivo.

El tratamiento no suele ser necesario dado su carácter benigno y su tendencia a la regresión espontánea. En los pacientes sintomáticos los fármacos de elección son los antihistamínicos H1 y H2, que son efectivos en una gran mayoría de casos, consiguiendo la reducción del prurito, del dermatografismo, de la formación de ampollas y de la sintomatología general. En los casos de anafilaxia grave se debe establecer tratamiento con adrenalina y, si se presenta hipotensión y shock, tratamiento con cargas de volumen, agentes inotrópicos, corticoides y antihistamínicos H1 y H2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz J, Martorell A, Michavila A, Nieto A, Grupo de Trabajo para Alergia Alimentaria. Estudio de la incidencia mediada por Ig E frente a la proteína de leche de vaca en el primer año de vida. *An Pediatr*. 2001; 53:536-9.
2. García Ara MC, Boyado MT, Díaz Pena JM, Martín Muñoz F, Pascual C, García Sánchez G, et al. Incidencia de alergia a leche de vaca y su repercusión en el consumo de hidrolizados. *An Pediatr*. 2003; 58:100-5.
3. Fabrega J, Moraga FA. Mastocitosis. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Dermatología Pediátrica*. Protocolos de la Asociación española de Pediatría. Barcelona: Esmon Publicidad; 2006. p. 167-174.
4. Fitzpatrick TB, Johnson RA, Polano MK, Suurmond D, Wolff K. *Atlas de Dermatología Clínica*. 2ª ed. Mexico: Editorial Interamericana; 1994. p. 728-30.
5. Metcalfe DD. Mastocytosis Syndromes. In: *Allergy principles and practice*. Volume 2. Sixth Edition. St Louis: Mosby; 2003. p. 1523-35.
6. Garriga MM, Friedman MM, Metcalfe DD. A survey of the number and distribution of mast cells in the skin of patients with mast cell disorders. *J Allergy Clin Immunol*. 1988; 82:425.



Figura 1. Urticaria Pigmentosa.



Figura 2. Urticaria Pigmentosa.

Hipopotasemia

Yelaniet del Carmen Martínez Rodríguez^a,
Francisco Javier López Sánchez^b, Ana López Yeste^c

^a Médico de Familia.
Canarias.

^b Médico de familia. Centro de
Salud de Bogarra. Albacete.

^c Médico de familia. Centro
de Salud Zona I Albacete.

Correspondencia:
Francisco Javier
López Sánchez.
Tfno 667578145,
e-mail: fjlopezs@sescam.jccm.es

Recibido el 7 de abril de
2007.

Aceptado para su publicación
el 15 de mayo de 2007.

RESUMEN

La hipopotasemia es una alteración hidroelectrolítica que puede deberse a múltiples causas. Presentamos el caso de un varón de 21 años que consulta por crisis convulsiva generalizada.

Palabras clave. Hipopotasemia, Síndrome de Gitelman, crisis convulsiva.

ABSTRACT

Hypokalemia

Hypokalemia is a electrolyte disorder that can be due to multiple causes. We displayed the case of a man of 21 years who consults by generalized convulsive seizures.

Key words. Hypokalemia, Gitelman's syndrome, Convulsive seizures

INTRODUCCIÓN

La hipopotasemia se define como la existencia de potasio plasmático inferior a 3,5 mEq/l, considerándose como grave cuando es menor de 2,5 mEq/l¹. Dentro de las múltiples causas de hipopotasemia, podemos mencionar aquéllas que tienen su origen en un defecto renal primario que impide la retención de potasio por parte de este órgano. Existe un considerable grupo de entidades clasificables como enfermedades renales congénitas perdedoras de potasio entre las cuales se encuentra la descrita por Gitelman en 1966².

El síndrome de Gitelman es un defecto del transportador Na-Cl del túbulo contorneado distal con hipopotasemia, alcalosis metabólica y depleción de magnesio. Este síndrome se considera una variante del síndrome de Bartter, siendo la diferencia fundamental entre ambos la hipocalciuria y la hipomagnesemia presentes en el de Gitelman³. Su pronóstico y facilidad de tratamiento son más favorables en el síndrome de Gitelman.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se trata de un varón de 21 años de etnia gitana, fumador de 20 cigarros/día y bebedor de fin de semana, sin otros antecedentes patológicos de interés.

Presentó crisis convulsiva generalizada, con una exploración física completa normal y tensión arterial normal. En analítica realizada de urgencia se observó una hipopotasemia grave (2,2 mEq/l) y alcalosis metabólica. El paciente había sido ingresado un año antes por un cuadro similar, sin diagnóstico en esa ocasión por alta voluntaria.

En los estudios posteriores se confirmó la hipopotasemia (2,8 mEq/l) con Na 135 mEq/l, Mg 1,4 mEq/l y Cl 94 mEq/l, sin otras alteraciones. En orina de 24 horas presentó Na 480 mEq/24h, K 90 mEq/24h, Cl 540 mEq/l y Ca 64 mg/24h. Los niveles de hormonas tiroideas y de cortisol, tras frenado con dexametasona, fueron normales, así como ACTH, renina y aldosterona.

Siguiendo un algoritmo diagnóstico de hipopotasemia¹ (figura 1), encuadramos el caso del paciente como hipopotasemia con tensión arterial normal, alcalosis metabólica y Cl en orina normal. Tras descartar la toma subrepticia de diuréticos, se llegó al diagnóstico de síndrome de Gitelman, corrigiéndose las alteraciones tras seguir tratamiento con potasio y magnesio. En el estudio familiar realizado, un hermano presentó la misma alteración.

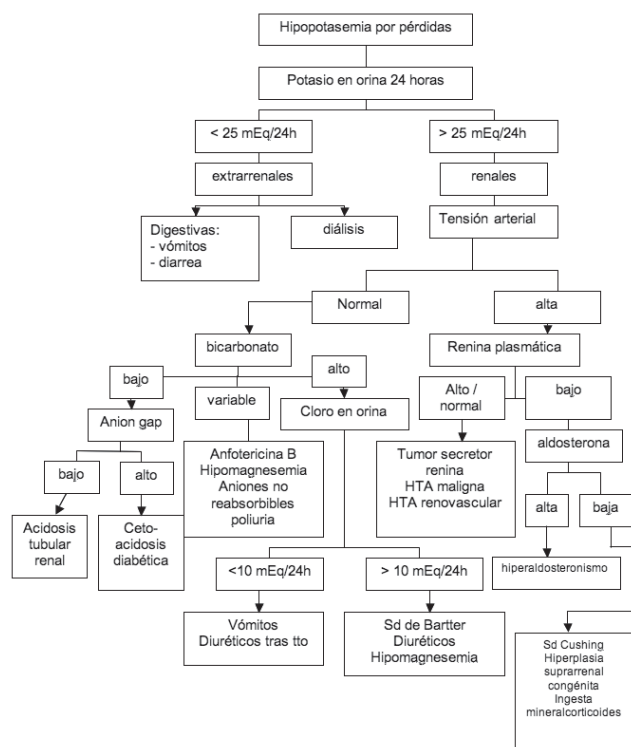


Figura 1. Algoritmo hipopotasemia.

DISCUSIÓN

El síndrome de Gitelman es una enfermedad genética con carácter autosómico recesivo caracterizada por episodios repetidos de tetania⁴. Presenta un espectro etiológico alto que dificulta su diagnóstico, aunque un estudio reciente ha permitido comprobar que toda la población gitana presenta la misma mutación, hallaz-

go que simplifica la detección y afina el diagnóstico. La heterogeneidad clínica es amplia, desde pacientes en edad pediátrica que presentan manifestaciones muy claras hasta adultos con síntomas muy leves, incluso casos asintomáticos cuyo diagnóstico ha sido a través de estudio genético⁵.

En cuanto al diagnóstico, se han establecido recientemente unos criterios diagnósticos: a) hipomagnesemia de origen renal (Mg < 1,6 mg/dl, en presencia de magnesuria inapropiadamente elevada, EF mg > 9%), b) hipopotasemia de origen renal (potasemia < 3,6 mEq/l, en presencia de una potasuria inapropiadamente elevada, EF > 16%) y c) excreción urinaria de calcio < 2mg/kg/día (raramente superior a 0'5 mg/Kg/día), todo ello en sujetos normotensos y en ausencia de ingesta de diuréticos⁶. Es importante el diagnóstico diferencial con el síndrome de Bartter⁷ (neonatal y clásico) (tabla 1).

En el tratamiento del síndrome de Gitelman se ha demostrado la eficacia de la administración de sales de Mg de forma exclusiva (preferentemente el Cl Mg, que compensa las pérdidas urinarias tanto de Mg como de Cl), con normalización de los parámetros bioquímicos y remisión de la clínica. La corrección de la hipopotasemia se realiza de forma ocasional con la administración de sales de potasio⁶. Se reserva la indometacina o los diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona o amiloride) a los casos más refractarios⁸. El tratamiento de mantenimiento en formas oligosintomáticas es discutible, aunque pudiera resultar útil para suplementar a estos pacientes en caso de posibles descompensaciones en el curso de procesos intercurrentes⁶.

	Bartter neonatal	Bartter clásico	Gitelman
Inicio	Recién nacido	Lactante o preescolar	Niñez-adulto
Hidramnios	Presente	Frecuente	Ausente
Prematuridad	Presente	Frecuente	Ausente
Avidez de sal	Presente	Presente	Ausente
Talla baja	Presente	Presente	Rara
Tetania	Ausente	Rara	Presente
Nefrocalcinosis	Presente	Ausente	Ausente
Pérdida salina	Muy elevada	Elevada	Normal-alta
Calciuria	Muy elevada	Elevada	Baja

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de los síndromes de Bartter y Gitelman.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castro Fouz M, Martínez Bermejo ML. Hipopotasemia en atención primaria. *Jano*. 2002; 62:27-32.
2. Tejedor Jorge A. Alteraciones del agua y los electrolitos. En: Rodés Teixidar J, Cevardía Massó J, ed. *Medicina Interna*. Barcelona: Masson, SA; 1997. p. 225-68.
3. González-Lamuño D, García Fuentes M. Protocolo diagnóstico de la enfermedad tubular renal. *Medicine*. 2003; 8(112):6016-19.
4. Rodríguez-Soriano J. Tubulopatías. En: Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría*. 6a ed. Barcelona: Espaxs; 1989; p. 1533-40.
5. Coto E, Rodríguez J, Jeck N, Alvarez V, Stone R, Loris C, et al. A

- new mutation (intron 9 +1 G>T) in the SLC12A3 gene is linked to Gitelman syndrome in Gypsies. *Kidney Int*. 2004; 65(1):25-9.
6. Vidal Company A, Ruiz Cano R, Gutiérrez Junquera C, Lillo Lillo M, Onsurbe Ramírez I. Variabilidad fenotípica del síndrome de Gitelman. *An Esp Pediatr*. 2000; 52:285-8.
7. Ariceta Iraola G. En Delgado Rubio A, coordinador general: *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos Nefro-Urología Pediátrica (I)* 2002. [consultado 08/01/2006]. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nefro/index.htm>.
8. González-Lamuño D, García Fuentes M. Tubulopatías: clasificación, etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. *Medicine*. 2003; 8(112): 5986-97.

Síndrome de CREST en Atención Primaria

Lucía Barahona Rondón^a, Ángela Oria Fernández^b, Andrés Juez Juez^c

^a Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Médico Puericultora. Centro de salud V Centenario. Madrid

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud V Centenario. Madrid

Correspondencia:
Lucía Barahona Rondón,
C/ Isla de Java, 70, 2º A,
28034 – Madrid.
Tfno.:686939503, e-mail:
lucibellita@yahoo.com.

Recibido el 15 de abril de 2007.

Aceptado para su publicación el 10 de mayo de 2007.

RESUMEN

Se describen dos casos clínicos con posible clínica de CREST (Calcinosis, Raynaud, Hipomotilidad Esofágica, Esclerodactilia o Esclerodermia, Telangiectasias), una forma de esclerodermia sistémica.

Se confirmó el diagnóstico de CREST en ambos casos, por la presencia de criterios clínicos respaldados por resultados de inmunología, iniciándose posteriormente tratamiento con respuesta favorable evidenciada en sus respectivos seguimientos.

Palabras clave. Síndrome CREST, anticuerpos anticentrómero.

ABSTRACT

CREST Syndrome in Primary Care

We report two possible cases of CREST syndrome (calcinosis, Raynaud phenomenon, esophageal dysmotility, sclerodactyly, and telangiectasia), a form of systemic scleroderma.

The diagnosis of CREST was confirmed, in both cases, by clinical criteria supported by immunological test results. Treatment was started with a favourable response as demonstrated by the follow up.

Key words. CREST Syndrome, Anticentromere Antibodies.

INTRODUCCIÓN

Se describen dos casos clínicos con posible clínica de CREST, que posteriormente se confirmaron con estudios de analítica e inmunología.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1. Mujer de 38 años, sin antecedentes patológicos de interés. Desde hacía dos años presentaba pirosis y epigastralgia tras la ingesta de alimentos. Desde hacía dos meses se había agregado frialdad, palidez en tercer dedo de ambas manos al contacto con el frío, cianosis posterior y telangiectasias en espalda. Posteriormente notó inflamación en ambas manos sin rigidez matutina. La analítica (hemograma, bioquímica, proteinograma y hormonas tiroideas) resultó ser normal. Presentó ANA positivos mayor de 1/80 moteado nuclear y anticentrómero positivos (estas pruebas fueron realizadas en el centro de salud), capilaroscopia compatible con cuadro esclerodermiforme. También presentó trastorno motor de cuerpo esofágico moderado.

Caso 2. Mujer de 67 años con antecedentes de hernia hiatal y esofagitis péptica. Acudió por dolor y deformidad de articulaciones interfalángicas distales con nódulos en pulpejos de dedos, con cianosis y frialdad al contacto con el frío. Presentaba leve atrofia de piel, telangiectasias en cara y disfagia ocasional. La analítica básica no presentó alteraciones, pero aparecieron anticuerpos antinucleares positivos mayor de 1/80 y anticentrómero positivos. También se evidenció trastorno de motilidad esofágica.

DISCUSIÓN

El síndrome de CREST ha sido descrito nominalmente con las siglas de la traducción de inglés a español, haciendo alusión a la presencia característica de Calcinosis, Fenómeno de Raynaud, Disfunción Esofágica, Esclerodactilia y Telangiectasias¹⁻⁴. Es una forma clínica de esclerodermia sistémica localizada que se diferencia de la sistémica difusa por un engrosamiento cutáneo limitado a los dedos y la cara, por una evolución más lenta o progresiva, así como por la ausencia de compromiso visceral (renal, cardíaco y digestivo). En ambos casos de esclerodermia sistémica (localizada y difusa) encontramos la presencia de anticuerpos anticentromero, los cuales están particularmente asociados al síndrome de CREST¹.

Ambos casos acudieron a un centro de atención primaria. En los dos casos los síntomas iniciales de consulta fueron la presencia de fenómeno de Raynaud. En el primero, además, fue notoria la presencia de telangiectasias, a diferencia del segundo caso, en donde lo llamativo fue la presencia de calcinosis.

La mayoría de autores³⁻⁵ concuerda en que uno de los síntomas más frecuentes de inicio es el fenómeno de Raynaud de larga evolución, con una media de 8,8 años antes del diagnóstico³.

En una primera fase, posterior a la anamnesis y examen físico correspondientes en la consulta, en ambos casos se realizó una analítica de base y los anticuerpos antinucleares (ANA). La presencia de un título alto en ambos casos planteó como primera posibilidad el diagnóstico de CREST. Meyer¹ refiere que los ANA están presentes en más del 50% de los casos. Frizler y Kinsella² observaron que en 26 de 27 pacientes (98%) existían títulos altos como en nuestros pacientes, positivo mayor de 1/80. Tres de los catorce pacientes presentaron como síntoma de inicio fenómeno de Raynaud.

Kallenberg et al⁵ publicaron en su estudio que en 73 de 138 pacientes (53%), derivados por fenómeno de Raynaud, se detectaron anticuerpos antinucleares, enfatizando que, cuando éstos se encuentran presentes, pueden encontrarse manifestaciones sistémicas.

Muchos autores²⁻³ refieren que títulos altos de ANA en pacientes con clínica correspondiente, y sobretudo presencia de fenómeno de Raynaud de larga evolución como antecedente, permiten diagnosticar este síndrome. Gerbracht et al³ mencionan un periodo de 8 a 17 años de evolución, desde la aparición del fenómeno de Raynaud, para llegar al diagnóstico de CREST.

Los dos casos de nuestra consulta continuaron su estudio (capilaroscopia, ph-metría, motilidad esofágica) en el hospital de referencia del área correspondiente, donde se confirmó e ilustró nuestra previa sospecha de Síndrome de CREST.

Ambos pacientes fueron tratados con Nifedipino (10 mg/12 horas) y evolucionaron satisfactoriamente, no presentaron ninguna complicación que haya podido poner en riesgo su vida, tal como describe la bibliografía al respecto^{1,4,6}. Entre las posibles complicaciones, las más frecuentes son la gangrena con pérdida digital (3-14% de los casos de este síndrome) y la hipertensión pulmonar, con una mortalidad del 50% después de dos años¹.

La finalidad de presentar estos casos es resaltar la posibilidad que tiene el médico de atención primaria de diagnosticar un síndrome que podría solaparse bajo la presentación de un fenómeno de Raynaud. Identificando el síndrome CREST en la consulta en pacientes en los que exista una clara sospecha, estos podrían beneficiarse de un pronto diagnóstico y de un tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meyer O. CREST syndrome. *Ann Med Interne (Paris)*. 2002; 153:183-8.
2. Frizler MJ, Kinsella TD. The CREST syndrome: a distinct serologic entity with anticentromere antibodies. *Am J Med*. 1980; 69:520-6.
3. Gerbracht DD, Steen VD, Ziegler GL, Medsger TA, Rodnan GP. Evolution of primary Raynaud's phenomenon (Raynaud's disease) to connective disease. *Arthritis Rheum*. 1985; 28:87-92.
4. Carneiro AC, Barbosa IP, Chaves FC. CREST syndrome and pulmonary hypertension: a dark prognosis. *Acta Med Port*. 2004; 17:209-14.
5. Kallenberg CG, Pastoor GW, Wouda AA, The TH. Antinuclear antibodies in patients with Raynaud's phenomenon: clinical significance of anticentromere antibodies. *Ann Rheum Dis*. 1982; 41:382-7.
6. Ishikawa M, Okada J, Shibuya A, Kondo H. CREST syndrome (calcinosis cutis, Raynaud's phenomenon, sclerodactyly and telangiectasia) associated with autoimmune hepatitis. *Intern Med*. 1995; 34:6-9.

Fiebre sin foco como presentación de Neumonía por Legionella

Ana Maria Roldan Cabanillas^a, Yovana Garcia Rioja^b

^a Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur.

^b Médico de Familia. Centro de Salud Guadalajara Sur.

Correspondencia:
Ana Ma Roldán Cabanillas.
Centro de Salud Guadalajara Sur. C/ Ferial, 31, Guadalajara.
Tfno.: 949 229551, e-mail: yovanagr@yahoo.es.

Recibido el 23 de marzo de 2007.

Aceptado para su publicación el 14 de mayo de 2007.

RESUMEN

La Legionella pneumophila es un bacilo gram negativo aerobio intracelular que se encuentra en agua dulce y en fuentes de agua artificiales. Se transmite por aspiración, aerosolización e instilación directa en pulmón¹.

Presentamos el caso clínico de un varón de 46 años, fumador, que tras debutar con fiebre sin otra sintomatología acompañante, en cuestión de una semana, tras empeoramiento progresivo, precisó ingreso en UCI e intubación orotraqueal debido a Neumonía por Legionella Pneumophila.

Esta entidad se engloba dentro de las neumonías de presentación atípica, en la que el inicio es subagudo con sintomatología general (fiebre, cefalea, artralgias, mialgias), con escasa sintomatología respiratoria y con una alta tasa de mortalidad².

Palabras clave. Fiebre, Legionella, Neumonía.

ABSTRACT

Fever of unknown origin as the onset of Pneumonia caused by Legionella

Legionella pneumophila is an intracellular gram negative aerobic bacteria living in fresh water and artificial water sources. It is transmitted by aspiration, inhalation of aerosols and direct lung infection¹.

We report a case of a 46 year old male, smoker, who presented with fever and no other symptoms. The fever gradually worsened and he was admitted to the ICU within one week. He was intubated endotracheally due to Pneumonia caused by Legionella Pneumophila.

This is an atypical pneumonia, with a sub-acute onset and general symptoms (fever, headache, arthralgia, myalgia) but few respiratory symptoms. It has a high mortality rate².

Key words. Fever, Legionella, Pneumonia.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de la neumonía por Legionella Pneumophilla es muy variable³ (1-30%). Legionella es una de las tres primeras causas, junto con Neumococo y Chlamydia Pneumoniae, de neumonía adquirida en la comunidad, y representa la segunda causa de neumonía grave tras Neumococo³. Para que se desarrolle la infección es necesaria la existencia de agua templada, un mecanismo de diseminación y un huésped sensible, siendo más vulnerables los EPOC, fumadores, ancianos e inmunodeprimidos⁴.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Varón de 46 años entre cuyos antecedentes personales destaca ser fumador de 40 paquetes al año y cirugía de colesteatoma con parálisis facial periférica derecha residual. No sigue ningún tratamiento habitual. Una semana antes de la clínica refiere estancia en un hotel del Levante.

Acude al médico de guardia del centro de salud por fiebre de más de 39°C, sin otra sintomatología acompañante y con exploración física normal. Se le pauta tratamiento sintomático con paracetamol. Al día siguiente acude a su médico de cabecera por persistencia de la fiebre, no existiendo variaciones en la exploración. Se decide continuar

con el tratamiento prescrito el día anterior y observación domiciliaria. A los cinco días tras persistir la fiebre, y aparecer disnea y tos con expectoración hemoptoica, el paciente es remitido al Servicio de Urgencias hospitalario, donde se le practican diversas pruebas complementarias: hemograma (16.430 leucocitos con 93% neutrófilos), bioquímica (Na 134, PCR 340), GAB (pH 7.46, PO₂ 60, PCO₂ 30), Rx de tórax (infiltrado alveolar bilateral con derrame pleural derecho) (figura 1), Ag Neumococo en orina (negativo), hemocultivo (estéril), baciloscopia de esputo (no se observan BAAR) y antígeno de Legionella en orina (positivo).

El paciente es diagnosticado de neumonía bilateral adquirida en la comunidad por Legionella Pneumophila, e ingresa en planta de Medicina Interna con tratamiento antibiótico intravenoso (ceftriaxona, levofloxacino y rifampicina) y oxigenoterapia a alto flujo. Dada la mala evolución clínica, al tercer día se decide su traslado

a la UVI donde tras 10 días de intubación orotraqueal progresa favorablemente.

DISCUSIÓN

La Neumonía por Legionella se manifiesta con pobre semiología pulmonar, apareciendo los síntomas respiratorios al cuarto día, con tos seca. Es una entidad con una alta tasa de morbi-mortalidad², llegando ésta a cifras entre el 10-25%. Cuando debuta con fiebre como única sintomatología, como en nuestro caso, es fundamental asegurar una correcta evolución del cuadro clínico. La accesibilidad del médico de Atención Primaria le permite ser una pieza clave en el seguimiento de éstos pacientes, citándoles a revisiones sucesivas hasta la aparición de un determinado hallazgo que permita la introducción de un tratamiento etiológico.

BIBLIOGRAFÍA



Figura 1. Rx de tórax PA: patrón alveolar bilateral de predominio perihiliar. Derrame pleural derecho.

1. Kasper DL, Braunwald E, Fanci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Enfermedades causadas por bacterias gramnegativas, pseudomonas y legionella. En Harrison, ed. Manual de Medicina. 16a ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2005. p. 502-4.
2. Fernández Martínez de Setien C, González Martínez M, García Muñoz JP. Manejo de paciente con neumonía. En: Urgencias en Medicina. 4a ed. Burgos: Librería Berceo; 2004. p. 104-5.
3. Pedro-Botet Montoya ML, Sabría Leal M. Infecciones Causadas por Legionella. En: Ferreras Rozman, ed. Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: Harcourt, S.A.; 2000. p. 2.616.
4. Neumonía por Legionella. Factores de riesgo. Programa AAP 2006. Actualización en Atención Primaria. LIVEMED. España.

Hipoglucemia en Urgencias

Aloha Martín Martín^a, Santiago Gómez Ramírez^a,
Arancha Albal García^a, Rosa Roldán Ortega^b, Coral Santos Rodríguez^c

^a Médico Residente de Medicina familiar y Comunitaria. Unidad Docente de M F y C de Albacete-Hellín.

^b Facultativo Especialista de Área. Servicio de Urgencias del Hospital de Hellín (Albacete).

^c Médico de Familia. Centro de Salud de Hellín (Albacete)

Correspondencia:
Aloha Martín Martín. Centro de Salud de Hellín. C/ Severo Ochoa s/n, 02400 – Hellín (Albacete).
Tfno.: 967300363.

Recibido el 16 de abril de 2007.

Aceptado para su publicación el 21 de mayo de 2007.

RESUMEN

La acidosis láctica es un trastorno ácido-básico consecutivo a la acumulación de ácido láctico. Entre los fármacos que se asocian a acidosis láctica están descritos en la literatura las biguanidas, y dentro de éstas la metformina.

Se presenta el caso de una mujer de 71 años, derivada al Servicio de Urgencias del Hospital de Hellín por el 112 a consecuencia de pérdida de conciencia en su domicilio de minutos de duración, objetivándose una glucemia capilar de 28 mg/dl y una fibrilación auricular a 120 latidos por minuto.

Palabras clave. Hipoglucemia, acidosis láctica.

ABSTRACT

Hypoglycaemia in the ER

Lactic acidosis is an acid-base disorder due to the build up of lactic acid. The biguanide class of drugs, especially metformin, are amongst the drugs described in the literature with reference to lactic acidosis.

We report the case of a 71 year old woman referred to the Hellín Hospital Casualty Department by the Emergency Health Services (911). The patient had lost consciousness at her home for a few minutes. She had a capillary glycaemia of 28 mg/dl and atrial fibrillation at 120 beats per minute.

Key words. Hypoglycemia, Acidosis, Lactic.

INTRODUCCIÓN

La acidosis láctica es un trastorno ácido-básico consecutivo a la acumulación de ácido láctico. Este se acumula en la célula como contrapartida al ácido pirúvico reducido resultante de la degradación de la glucosa. Cualquier fenómeno que acelere la glucólisis originará la acumulación de piruvato, pudiendo entrar en la vía de la gluconeogénesis. Si la funcionalidad mitocondrial falla y/o existe dificultad en la disponibilidad del oxígeno, la única posibilidad es la oxidación de piruvato en lactato, con la consiguiente acumulación de éste.

La etiología de la acidosis podemos clasificarla en dos grandes grupos, de forma genérica, según se deba a la existencia de hipoxia celular o no sea debida a ésta (en este caso, secundaria a sustancias que la favorezcan y/o errores innatos del metabolismo). Entre los fármacos que se asocian a acidosis láctica están descritos en la literatura las biguanidas, y dentro de éstas la metformina.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se presenta el caso de una mujer de 71 años, derivada al Servicio de Urgencias del Hospital de Hellín por el 112 a consecuencia de pérdida de conciencia en su domicilio de minutos de duración, objetivándose una glucemia capilar de 28 mg/dl y una fibrilación auricular a 120 latidos por minuto.

En sus antecedentes personales no había alergias medicamentosas conocidas, presentaba Diabetes Mellitus de 20 años de evolución, en seguimiento por el Servicio de Endocrinología por mal control de ésta. La paciente también presentaba hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad, desconociéndose si existía patología cardíaca previa. Realizaba tratamiento farmacológico con insulina, metformina, enalapril y atorvastatina.

A la llegada al Servicio de Urgencias presentaba los siguientes parámetros: TA 154/122, pulso 138 lpm, temperatura 35°C, saturación de O₂ 90% y glucemia capilar 172 mg/dl, previo tratamiento por 112 con glucosmon 50% y suero glucosado 5%.

En la exploración la paciente presentaba REG, estaba consciente y orientada, normohidratada, con cianosis perioral, eupneica en decúbito supino y sin ingurgitación yugular ni soplos carotídeos. La exploración neurológica fue normal, sin signos de focalidad. También la exploración ORL fue normal. AC: tonos arrítmicos a 100 lpm, sin soplos. AP: MVC, crepitantes bibasales. Abdomen blando y depresible, globuloso, de difícil palpación, timpánico en mesogastrio, no doloroso a palpación, sin signos de peritonismo y con ruidos hidroaéreos positivos. PPRB negativa. MMII: no edemas, ni signos de TVP.

Las pruebas complementarias realizadas fueron: ECG, en el que se observó FA a 110 lpm, Rx tórax, en la que no se objetivaron infiltrados ni lesiones pleuroparenquimatosas, con senos costofrénicos libres, y analítica, con hemograma y coagulación, función renal, iones, enzimas cardíacas, dímero D y orina normales. En gasometría venosa pH 7.179, bicarbonato 26.3 mmol/L, EBR -4 mmol/L.

Nos encontramos ante una paciente de 71 años con FRCV que había sufrido una pérdida de consciencia, la cual, dados los claros antecedentes (hipoglucemia) y la recuperación tras administración de glucosa, correspondía a un síncope metabólico. Sin embargo, la paciente continuaba con mal estado general, pudiendo deberse a una fibrilación auricular mal tolerada o a una acidosis metabólica. Entre los factores desencadenantes de la fibrilación auricular se encuentran: estrés emocional, cirugía, intoxicación alcohólica aguda, respuesta vasovagal, alteraciones metabólicas o hemodinámicas, tirotoxicosis y cardiopatía. En cuanto a la etiología de la acidosis metabólica, ésta puede deberse a CAD, hiperpirexia, shock, tirotoxicosis, insuficiencia Renal (aguda o crónica), pérdida de bases (diarrea), acidosis láctica o toxinas (salicilatos, metanol, etc.).

Ante el mal estado de la paciente, que persistía a pesar de la euglucemia, valoramos los problemas existentes. Por una parte, la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, de reciente diagnóstico, de la cual desconocíamos el tiempo de evolución, procediendo a una digitalización IV para intentar controlar la frecuencia cardíaca. Por otra parte, consideramos la cifra de pH en gasometría venosa, que correspondía a una acidosis metabólica. Dadas las cifras de glucemia y la ausencia de cetonas en orina, nos planteamos un posible origen iatrogénico, ya que la paciente se encontraba en tratamiento con metformina oral, motivo por el que solicitamos lactato en sangre, con resultado de 6.9 mmol/L, que corregimos con bicarbonato IV, previo cálculo de las necesidades de éste.

Tras el tratamiento con bicarbonato IV y la corrección del pH, mejoró el estado general de la paciente, produciéndose una reversión de la fibrilación auricular a ritmo sinusal. La paciente fue dada de alta con suspensión de metformina, añadiendo antiagregación, derivándose a Cardiología para descartar patología cardíaca estructural y a su médico de familia para seguimiento y valoración de una posible disfunción tiroidea.

Los diagnósticos finales fueron: acidosis láctica de etiología iatrogénica (probablemente por tratamiento

con biguanidas), fibrilación auricular paroxística, secundaria a acidosis láctica e hipoglucemia iatrogénica.

DISCUSIÓN

El lactato es un producto final de la glicólisis, utilizado por el hígado y el riñón para la gluconeogénesis. En situaciones de aumento de la glicólisis anaerobia, puede haber superproducción de lactato desde el piruvato y fallar los mecanismos reguladores, acumulándose lactato. La lactacidemia ocurre, sin repercusión metabólica ni clínica, en pacientes diabéticos tipo 2 tratados con biguanidas. Una de las causas de acidosis láctica es el empleo de metformina en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Las biguanidas inhiben la gluconeogénesis en el hígado, favoreciendo la entrada de glucosa en el tejido muscular; también inhiben y retrasan la absorción de glucosa en intestino delgado. El mecanismo exacto por el cual inducen acidosis láctica es incierto.

Hay una serie de factores que favorecen el desarrollo de acidosis láctica. Cualquier situación que dé lugar a hipoperfusión, con la consiguiente hipoxia tisular, favorece la conversión de piruvato a lactato. Patologías concurrentes como la insuficiencia hepática, EPOC, insuficiencia cardíaca, shock de cualquier etiología y cardiopatía isquémica favorecen el desarrollo de acidosis láctica en pacientes diabéticos en tratamiento con biguanidas. La sobredosificación también favorece el desarrollo de dicha acidosis. La acidosis láctica secundaria a metformina se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por un inicio brusco acompañado de hiperventilación, dolor abdominal, somnolencia y coma, pudiendo llegar a PCR.

El tratamiento se basa en el mantenimiento de las constantes vitales, tratamiento etiológico, si se conoce, junto con la administración de bicarbonato, insulina IV, adecuada hidratación y aporte electrolítico. En ocasiones, en casos de mala evolución, puede llegar a ser necesario el empleo de hemodiálisis. Podemos concluir que la asociación de acidosis láctica-metformina es muy poco frecuente (Incidencia aproximada de 0,03-0,09 casos por 1.000 pacientes y año). La lactacidemia ocurre en pacientes diabéticos tipo 2 con función renal normal sin repercusión metabólica. Siendo la metformina un fármaco de gran utilidad en el tratamiento de la diabetes mellitus en obesos con mal control metabólico, debemos tener precaución al emplearla en pacientes con factores concomitantes que favorezcan el desarrollo de acidosis metabólica, así como junto a fármacos que disminuyan la eliminación renal interfiriendo la secreción a dicho nivel. Así mismo, debemos suspender y evitar el uso de metformina en pacientes que han presentado episodios previos de acidosis

BIBLIOGRAFÍA

- Harrison. Principios de Medicina Interna. 16a ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2005.
- Balcells Gorina A. La clínica y el laboratorio. 19a ed. Barcelona: Masson; 2002.
- Lalau JD, Race JM. Metformin and lactic acidosis in diabetic humans. *Diabetes Obes Metab* 2000; 2:131-7.
- Lalau JD, Race JM. Lactic acidosis in metformin therapy: searching for a link with metformin in reports of metformin associated lactic acidosis. *Diabetes Obes Metab* 2001; 3:195-201.

Revista Clínica de Medicina de Familia, Publicación Oficial de la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria, considerará para su publicación aquellos trabajos que estén relacionados con esta especialidad. La revista seguirá los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas elaborados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

REQUERIMIENTOS LEGALES

Todos los originales aceptados quedan como propiedad permanente de Revista Clínica de Medicina de Familia y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. El autor cede, en el supuesto de publicación de su trabajo, de forma exclusiva a la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública (por cualquier medio o soporte incluso sonoro, audiovisual o electrónico) de su trabajo.

Es necesario adjuntar las adecuadas autorizaciones para la reproducción de material ya publicado. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo a otra revista.

Los autores deben comunicar en la carta de presentación cualquier asociación comercial que tengan y que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo publicado. Asimismo deberán remitir el documento de declaración de conflicto de intereses.

Cuando se presenten estudios realizados en seres humanos, debe indicarse si los métodos seguidos han cumplido las normas éticas del comité ético de investigación clínica correspondiente. No han de utilizarse nombres, iniciales o número de historia clínica de pacientes, en especial en el material de ilustraciones. Cuando se presenten experimentos realizados con animales se debe indicar si se han seguido las normas del centro o del consejo nacional de investigación, o las posibles leyes nacionales, respecto al cuidado y uso de animales de laboratorio.

PROCESO EDITORIAL

Los manuscritos se remitirán por vía electrónica a la dirección info@scamfyc.org.

Deberá acompañar al manuscrito una carta de presentación dirigida al Editor de Revista Clínica de Medicina de Familia en la que se solicite la evaluación del mismo para su publicación y se especifique la sección de la Revista donde se desea que se publique. En dicha carta deberá indicarse que el contenido del trabajo no ha sido publicado con anterioridad y que el mismo artículo, o una parte de él, no ha sido enviado simultáneamente a otra revista. Los autores deben poner en conocimiento cualquier circunstancia que pudiera suponer un conflicto de intereses.

SECCIONES DE LA REVISTA

Editoriales

Se incluyen trabajos que supongan una puesta al día rigurosa o una puntualización interesante sobre algún tema relacionado con la Especialidad de Medicina

Familiar y Comunitaria. Los editoriales se realizarán preferentemente por encargo del Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia. Tendrán una extensión máxima de cinco hojas y podrán incluir hasta dos figuras o tablas.

Originales

Preferentemente trabajos de investigación prospectivos y otras contribuciones originales sobre la etiología, la clínica, la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud. La extensión máxima será equivalente a unas 12 hojas tamaño DIN A4 y se admitirán hasta 8 figuras o tablas. El número máximo recomendado de autores es de 6. En los grupos de trabajo o autores corporativos el listado completo de los participantes aparecerá a pie de página o, si su número es elevado, al final del artículo. Es recomendable que el número de referencias bibliográficas no sea superior a 30.

Artículos especiales

Trabajos de revisión bibliográfica sobre un tema relacionado con la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Los artículos especiales se realizarán preferentemente por encargo del Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia. Se publicarán preferentemente revisiones sistemáticas fundamentadas en medicina basada en la evidencia. Tendrán una extensión máxima de unas 12 hojas y podrán incluir hasta 8 figuras o tablas. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

Revisión de guías clínicas

Trabajos de revisión de guías clínicas sobre el manejo de problemas de salud prevalentes y relevantes en el ámbito de Atención Primaria, incluyendo recomendaciones sistemáticas útiles en la toma de decisiones para situaciones clínicas concretas y para una atención sanitaria apropiada. Las revisiones de guías clínicas se realizarán preferentemente por encargo del Comité Editorial de Revista Clínica de Medicina de Familia. Tendrán una extensión máxima de unas 10 hojas y podrán incluir hasta 8 figuras o tablas. Se recomienda que el número de firmantes no sea superior a seis.

Un paciente con...

Exposición resumida de un caso clínico de interés que suponga una aportación importante. La extensión máxima del texto será de 4 hojas y se admitirán hasta 3 figuras o tablas. Es recomendable que el número de autores no sea superior a cuatro y que las referencias bibliográficas no sean más de diez.

Cartas al editor

En esta sección se publicarán objeciones, comentarios, observaciones o experiencias relativas a artículos publicados recientemente en Revista Clínica de Medicina de Familia u otros temas de interés para el médico de familia. La extensión máxima será de 2 hojas y se admitirá una figura y una tabla. Es recomendable que el número de autores no sea superior a cuatro.

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

Los trabajos se presentarán en hojas tamaño DIN A4,

a doble espacio (26 líneas por página, con tipo de letra Arial tamaño 12 cpi) y por una sola cara. Las páginas deben ir numeradas consecutivamente en el ángulo superior derecho. Cada parte del trabajo comenzará con una nueva hoja, en el siguiente orden:

Primera página

Se indicará el título del artículo (conciso e informativo), nombre y apellidos de los autores, denominación del centro de trabajo, ciudad y país, la dirección completa del autor para la correspondencia y un teléfono, fax o correo electrónico de contacto. Si se desea hacer mención del grado académico o de los cargos que desempeñan los autores se hará referencia a pie de página. Se incluirá, si procede, la fuente de financiación del trabajo u otra información relevante, por ejemplo, si ha sido presentado previamente en una jornada o congreso, si ha recibido algún premio, etc.

Segunda página

Se incluirá el título del trabajo, el resumen/abstract y las palabras clave/key words derivadas del Medical Subject Headings (MeSH) de la National Library of Medicine (mínimo 3, máximo 6) (disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/meshbrowser.cgi>). En los artículos originales se incluirá el resumen en español e inglés que será de aproximadamente de 250 palabras, estructurado bajo los siguientes apartados: objetivo, diseño, emplazamiento, participantes, mediciones principales, resultados y conclusiones. En los artículos de revisión, el resumen y abstract será de 250 palabras estructurado según los siguientes apartados: objetivo, estrategia de búsqueda, selección de estudios y de datos, síntesis de resultados y conclusiones. A fin de facilitar la valoración anónima de todos los trabajos se recomienda no incluir ni en esta página ni en el texto, datos identificativos de los autores o lugar de trabajo.

Tercera página y sucesivas

Los trabajos deberán estar divididos en apartados siendo deseable que se ajusten, siempre que ello sea posible, al esquema siguiente:

Editoriales: sistematizados al máximo en función del contenido del trabajo.

Originales: introducción, material (o pacientes) y métodos, resultados, discusión y conclusiones. La introducción será lo más breve posible, limitándose a proporcionar la explicación necesaria para la comprensión del texto que sigue, debiendo incluir los fundamentos teóricos, los antecedentes del problema y la elaboración del objetivo del estudio. En el material (o pacientes) y métodos se indicará el tipo de estudio, ámbito o emplazamiento, tiempo que ha durado, las características y modo de selección de la sujetos, los criterios de inclusión y exclusión seguidos, las variables de interés y las técnicas empleadas, proporcionando los detalles suficientes para que una experiencia o un trabajo determinado pueda ser reproducido sobre la base de esa información. Al hacer referencia a fármacos o productos químicos deberá indicarse el nombre genérico, la dosificación y la vía de administración. Si se trata de métodos o procedimientos muy utilizados

y conocidos, debe proporcionarse la cita bibliográfica correspondiente y evitar su descripción detallada. En el caso de ensayos clínicos con distribución aleatoria se debe detallar el método utilizado para la aleatorización y si la asignación aleatoria se mantuvo oculta. Se han de describir los métodos estadísticos utilizados con el nivel de significación aceptado. Las unidades de medida han de estar expresadas, al menos, en el Sistema Internacional de Unidades. Cuando se trate de experimentos relacionados con seres humanos, se ha de indicar si los procedimientos seguidos fueron aprobados por el Comité Ético de Investigación Clínica de la institución correspondiente. Asimismo, se debe hacer constar que se ha obtenido la autorización de los individuos. En resultados se deben cuantificar los hallazgos y presentarlos con los indicadores apropiados de medición de error o incertidumbre (como los intervalos de confianza). En esta sección se debe relatar, pero no interpretar, los datos obtenidos con el material y métodos utilizados, con la ayuda de figuras y tablas si fuera necesario. Los resultados deben ser concisos y claros. Los manuscritos que presenten resultados de un ensayo clínico de grupos paralelos con distribución aleatoria deberán incluir el diagrama de flujo CONSORT (<http://www.consort-statement.org>) en el que se ilustra la distribución y el progreso de los pacientes a los largo del estudio. En discusión se ofrecerán las propias opiniones sobre el tema sin repetir datos aportados en la introducción o en los resultados. En esta sección deben desarrollarse los siguientes aspectos: los hallazgos más relevantes, la aplicación práctica de los resultados, la concordancia o discordancia con observaciones previas, los problemas metodológicos que pudieran existir y las directrices para futuras investigaciones, exponiendo nuevas hipótesis cuando esté justificado. No es necesario incluir conclusiones, en todo caso, éstas deben derivarse exclusivamente del estudio. Se incluirán agradecimientos cuando se considere oportuno, mencionando a las personas, centros o entidades que hayan colaborado en la realización del estudio. En bibliografía las referencias bibliográficas se presentarán según el orden de aparición en el texto, con la correspondiente numeración arábica correlativa. En el artículo constará la numeración de la cita en superíndice. Las citas deberán comprobarse sobre los artículos originales y se elaborarán según las normas de Vancouver, disponible en: <http://www.icmje.org/>. Los nombres de las revistas serán abreviadas de acuerdo con el Index Medicus/Medline (consultar List of Journal Indexed, que publica Index Medicus/Medline, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cg>).

A continuación se dan unos ejemplos de formatos de citas bibliográficas:

1. Artículos de revistas. Relacionar todos los autores si son seis o menos. Si son más, relacionar sólo los seis primeros, añadiendo la expresión et al:
Jimeno Mollet J, Molist Brunet M, Franch Nadal J, Serrano Borraz V, Serrano Barragán L, García Jiménez R. Variabilidad en la estimación del riesgo coronario en la diabetes mellitus tipo 2. *Aten Primaria* 2005; 35:30-6.

2. Autor(es) personal(es) de libro:

De la Serna de Pedro I. Manual de psicogeriatría clínica. Barcelona: Ed. Masson; 2000.

3. Capítulo de un libro:

Phillips SJ, Whisnant JP. Hipertensión and stroke. En: Lara IH, Brenner BM, editors. Hipertensión: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Artículos especiales: cuando se trate de revisiones incluirán objetivo, estrategia de búsqueda, selección de estudios y de datos, síntesis de resultados y conclusiones. En objetivo se establecerá el propósito principal de la revisión e incluirá información sobre la población estudiada, intervenciones, exposiciones, escalas o resultados que se van a revisar. En la estrategia de búsqueda se resumirán las fuentes de información utilizadas mencionando las restricciones y se indicará si se ha contado con expertos, base de datos o publicaciones, años incluidos en la búsqueda, etc. En selección de estudios se describirán los criterios de selección de los artículos considerados como relevantes. En selección de datos se describirá la metodología utilizada para la extracción de datos de cada artículo relevante. En síntesis de resultados se referirán los principales resultados de la revisión. En conclusiones se indicarán las que son relevantes y se recomendará la dirección de estudios futuros. En palabras clave, tablas, figuras y bibliografía se seguirán las mismas normas que las reseñadas en los Originales.

Notas Clínicas (un paciente con...): introducción, observaciones clínicas y discusión o comentarios.

Cartas al Editor: no precisan apartados.

Figuras (gráficas o fotografías)

Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9 x 12 cm. o múltiplo. Irán numeradas (números arábigos) al dorso mediante una etiqueta adhesiva y con una flecha se señalará la parte superior. Tanto las fotografías como las gráficas irán numeradas correlativa y conjuntamente como figuras. Pueden remitirse las fotografías en soporte electrónico, en este caso los formatos empleados deben ser bmp, jpg o tiff. Si se utilizan fotografías de personas, no deben ser identificables o bien se han de acompañar de un permiso escrito para utilizarlas. Los pies de las fotografías deben ir mecanografiados en hoja aparte. Las gráficas se presentarán separadamente del texto el artículo, cada una en una página diferente. Deben ser autoexplicativas, con un título breve que describa su contenido. Las figuras deben utilizarse solamente cuando la información no pueda presentarse claramente de otra forma. No deben repetirse en gráficos los datos ya presentados en tablas o texto.

Páginas de Tablas.

Las tablas se presentarán en hojas aparte. Incluirán numeración arábica y encabezamiento con un título genérico de su contenido, ajustándose a una ocupación máxima de una hoja. Las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa a

pie de tabla. Las tablas deben ser lo más sencillas posible y no duplicar información que se presenta en el texto. Las filas y columnas deben ir precedidas de un encabezamiento corto o abreviado, que identifique exactamente el material que contiene. Si se incluyen datos que no proceden del estudio, debe señalarse claramente con una nota al pie de tabla que identifique la fuente. Cuando se presenta más de una tabla, se aconseja utilizar un formato similar para facilitar su comprensión al lector. Todas las tablas deben aparecer mencionadas en el texto.

PROCESO EDITORIAL

El autor recibirá un acuse de recibo del trabajo remitido con un número de identificación asignado. Los manuscritos serán revisados por el Comité Editorial, que se reserva el derecho de devolver aquéllos que no cumplan con las instrucciones indicadas.

Todos los artículos remitidos a la revista serán revisados anónimamente por dos evaluadores expertos, externos a la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria. El Comité Editorial valorará dichos comentarios y se reserva el derecho a rechazar aquellos trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer modificaciones cuando lo considere necesario.

Siempre que el Comité Editorial sugiera efectuar modificaciones en los artículos, los autores deberán remitir, junto a la nueva versión del manuscrito (original, dos copias y versión electrónica) una carta en la que se expongan de forma detallada las modificaciones efectuadas. Esta versión modificada se podrá remitir por correo electrónico o, en su defecto, por correo postal, haciendo referencia al número de identificación previamente asignado al artículo y especificando que se trata de una versión modificada. Los trabajos remitidos a los autores para la introducción de modificaciones deben ser devueltos a la redacción de la revista en el plazo de 20 días; en caso contrario, el Comité Editorial no garantiza su publicación.

El autor de correspondencia recibirá una carta con la decisión acerca de la aceptación, nuevas modificaciones o rechazo del artículo.

El autor de correspondencia recibirá unas pruebas de imprenta del artículo para su corrección. La prueba se revisará cuidadosamente y se marcarán los posibles errores, devolviendo las pruebas corregidas en un plazo de 72 horas. El Comité Editorial se reserva el derecho de admitir o no las correcciones efectuadas por el autor en la prueba de impresión.

POLÍTICA EDITORIAL

Los juicios y opiniones expresados en los artículos y comunicaciones publicados en la revista son del autor(es), y no necesariamente del Comité Editorial. Tanto el Comité Editorial como la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material. Ni el Comité Editorial ni la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria garantizan o apoyan ningún producto que se anuncie en la revista, ni garantizan las afirmaciones realizadas por el fabricante sobre dicho producto o servicio.